**WNIOSEK O PRZYZNANIE ZAPOMOGI LOSOWEJ**

**z Funduszu Kazimierza Michalskiego**

Rok szkolny …..….. /…...…. Klasa …………..

1. **Dane osobowe ucznia**

Nazwisko ucznia ………………………………………………………

Imię ucznia …………………………………………………………….

PESEL ………………………………………………………………….

Data urodzenia …………………..……………… Miejsce urodzenia …………………..……………………………

E-mail:……………………………………………………………………

1. **Adres zameldowania ucznia**

Miejscowość ……………………………………………..………………...

Kod pocztowy - Poczta ……… - ………...… .………………………………………..……………...

Ulica, nr domu ………………………………………………………………………………...……

**3. Informacja o dochodach brutto (wypełnia rodzic lub opiekun prawny ucznia)**

1) Dochody matki …………………………………..zł./rok

2) Dochody ojca …………………………………….zł./rok

3) Inne dochody w rodzinie ………………………..zł./rok

RAZEM: ………………………………….zł./rok

Moja rodzina składa się z …………….. osób, które są na wyłącznym utrzymaniu według wyżej wymienionych dochodów.

**4. Opis sytuacji rodzinnej i materialnej (wypełnia rodzic lub opiekun prawny ucznia)**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**5. Informacja o wynikach uzyskanych przez ucznia (uzupełnia wychowawca)**

Średnia ocen ………………..…………

Zachowanie …………………………….

Frekwencja ……………%

Opinia wychowawcy klasy …………………………………………………………………………………………………………….……..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………..…………………………………………

Data i podpis Wychowawcy

\*właściwe podkreślić

**Oświadczenie**

**rodzica/opiekuna ucznia lub pełnoletniego ucznia**

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z *Regulaminem przyznawania Stypendium z Funduszu Kazimierza Michalskiego* i akceptuję jego postanowienia.

Administratorem danych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) jest Stowarzyszenie Absolwentów i Przyjaciół I Liceum Ogólnokształcącego im. Mikołaja Kopernika z siedzibą przy ul. 3 Maja 4, 37-500 Jarosław.

Dane osobowe zawarte we Wniosku i załącznikach przetwarzane będą wyłącznie w celu wzięcia udziału w procesie kwalifikacyjnym dotyczącym przyznania stypendium.

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych zawartych w powyższym Wniosku i Załącznikach.

***Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy odpowiedzialności przewidzianej w §12 oraz odpowiedzialności karnej (art. 233 §1 k.k).***

………………………………………. …………………………………………………………..

Miejscowość, data Czytelny podpis rodzica/opiekuna lub pełnoletniego ucznia