

ADATLAP
kérjük olvashatóan adja meg az adatokat!

| | | |
|--|----------------------|--|
| NÉV | | |
| SZÜLETÉSI IDŐ | | |
| SZÜLETÉSI HELY | | |
| ÁLLAMPOLGÁRSÁG | | |
| SZEMÉLYI IGAZOLVÁNY SZÁMA | | |
| TAJ SZÁM | | |
| TANULÓI AZONOSÍTÓ | | |
| Állandó lakcím | Helység, ir. szám | |
| | Utca, házszám | |
| | lakás telefonszám | |
| Tartózkodási hely (értésítési cím) | Helység, ir. szám | |
| | Utca, házszám | |
| | lakás telefonszám | |
| Tanuló e-mail címe | | |
| Tanuló mobilszáma (amennyiben van) | | |
| ANYJA LEÁNYKORI NEVE | | |
| ANYJA NEVE | | |
| ANYJA LAKCÍME | Helység, ir. szám | |
| | Ir.sz., utca, hsz. | |
| ANYA | munkahelye | |
| | telefonszáma (mobil) | |
| | e-mail címe | |
| APJA NEVE | | |
| APJA LAKCÍME | Helység | |
| | Ir.sz., utca, hsz. | |
| APA | munkahelye | |
| | telefonszáma (mobil) | |
| | e-mail címe | |
| GONDOVISELŐ NEVE (amennyiben nem az édesapa) | | |
| E-MAIL CÍME | | |
| ELTARTOTT GYERMEKEK SZÁMA | | |

MEGJEGYZÉS

A fenti adatok kezeléséhez hozzájárulok.

Dátum:

 gondviselő aláírása

Hozzájárulok/Nem járulok hozzá (a megfelelő rész aláhúzendó) ahhoz, hogy rólam képmás (fotó vagy video) és/vagy hangfelvétel készüljön a Budapest, X. Kerületi Zrínyi Miklós Gimnázium rendezvényein. A készített felvételek felhasználását engedélyezem az intézmény által megbízott adatkezelőnek. Tudomásom van arról és elfogadom, hogy a hozzájárulásom az esetleges nyilvánosságra hozatal és az internetes technológia miatt természetéből fakadóan vissza nem vonható, a korlátozás csak a tiltó nyilatkozatom megtételét követő időszakra köti a jogosultat.

Dátum:

tanuló aláírása

Alulírott (törvényes képviselő neve) ezúton kijelentem, hogy a(z) Budapest, X. Kerületi Zrínyi Miklós Gimnázium által az iskolai weboldalon keresztül rendelkezésemre bocsátott, a köznevelési tevékenységre vonatkozó adatkezelési tájékoztatót megismertem.

Dátum:

törvényes képviselő