

WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA ROK SZKOLNY 2024/2025
TECHNIK DENTYSTYCZNY

Proszę wypełnić CZYTELNICIE DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE KANDYDATA				
NAZWISKO		IMIONA		
NAZWISKO PANIEŃSKIE	DATA I MIEJSCE URODZENIA			
	D	M	R	
ADRES ZAMELDOWANIA				
Ulica	Nr domu	Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta
			- - - -	
Gmina	Powiat		Województwo	
ADRES DO KORESPONDENCJI				
Ulica	Nr domu	Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta
			- - - -	
Gmina	Powiat		Województwo	
PESEL				
W przypadku braku, proszę wpisać serię i nr paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość				
Wydany przez:			Data wydania:	
NARODOWOŚĆ		OBYWATELSTWO		
KONTAKT				
Telefon		Adres e-mail		
RODZICE/PRAWNI OPIEKUNOWIE				
Imię ojca/opiekuna prawnego		Imię matki/opiekuna prawnego		

W RAZIE ZDARZENIA LOSOWEGO POWIADOMIĆ:	
Imię i nazwisko	Numer telefonu

UKOŃCZONA SZKOŁA ŚREDNIA		
Nazwa	Miejscowość	Data

TRYB KSZTAŁCENIA	
Dzienny Pon.-Pt. <input type="checkbox"/>	Stacjonarny Czw.-Sob <input type="checkbox"/>

JĘZYK ANGIELSKI		
Poziom podstawowy <input type="checkbox"/>	Poziom średnio-zaawansowany <input type="checkbox"/>	Poziom zaawansowany <input type="checkbox"/>

JAK DOWIEDZIAŁEŚ/AŚ SIĘ O NASZEJ SZKOLE?			
Strona internetowa <input type="checkbox"/>	Media społecznościowe <input type="checkbox"/>	Ulotka/plakat <input type="checkbox"/>	Znajomi <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inne:			

KLAUZULA INFORMACYJNA
<p>Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są prawdziwe i jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oraz, że niezwłocznie powiadomię dyrektora szkoły o zmianie danych zawartych we wniosku.</p>
<p>_____</p> <p>Podpis kandydata</p>

WYPEŁNIA SZKOŁA

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA DOKUMENTÓW	
Data	Podpis

POTWIERDZENIE ODEBRANIA DOKUMENTÓW	
Miejscowość i data	Podpis