MEDYCZNA SZKOŁA POLICEALNA NR 3
IM. DR. ANDRZEJA KROCINA
W WARSZAWIE

WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA ROK SZKOLNY 2025/2026

TECHNIK DENTYSTYCZNY

Proszę wypełnić CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE KANDYDATA					
NAZWISKO			IMIONA		
NAZWISKO PANIEŃSKIE	DATA URODZENIA			MIEJSCE URODZENIA	
	D	M	R		

ADRES ZAMELDOWANIA				
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod pocztowy _ _ - _ _ _	Miejscowość
Gmina	Powiat		Województwo	

ADRES DO KORENPONDENCJI				
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod pocztowy _ _ - _ _ _	Miejscowość
Gmina	Powiat		Województwo	

PESEL W przypadku braku, proszę wpisać serię i nr paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość										

NARODOWOŚĆ	OBYWATELSTWO

KONTAKT	
Telefon	Adres e-mail

W RAZIE ZDARZENIA LOSOWEGO POWIADOMIĆ (opcjonalnie):	
Imię i nazwisko	Numer telefonu

UKOŃCZONA SZKOŁA ŚREDNIA		
Nazwa	Miejscowość	Data

JĘZYK ANGIELSKI		
Poziom podstawowy	Poziom średnio-zaawansowany	Poziom zaawansowany

JAK DOWIEDZIAŁEŚ/AŚ SIĘ O NASZEJ SZKOLE?			
Strona internetowa	Media społecznościowe	Ulotka/plakat	Znajomi
Inne: ……			

KLAUZULA INFORMACYJNA
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. _____ Podpis kandydata

WYPEŁNIA SZKOŁA

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA DOKUMENTÓW	
Data	Podpis

POTWIERDZENIE ODEBRANIA DOKUMENTÓW	
Miejscowość i data	Podpis