

Nr wniosku:

| | | |
|--------------------|----------------|-------------------|
| Wypełnia jednostka | Data złożenia: | Godzina złożenia: |
|--------------------|----------------|-------------------|

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE KANDYDATA DO PUBLICZNEJ SZKOŁY PONADGIMNAZJALNEJ
ORAZ BRANŻOWEJ SZKOŁY I STOPNIA**

Pola zaznaczone gwiazdką są obowiązkowe do wypełnienia w formularzu.

DANE IDENTYFIKACYJNE KANDYDATA

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------|--|-----------|---------|--|--|-----|--|--|--|--|
| Imiona* | | | | Nazwisko* | | | | | | | | |
| PESEL* | | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia* | | dzień | | | miesiąc | | | rok | | | | |
| W przypadku braku numeru PESEL należy podać rodzaj, serię oraz numer innego dokumentu tożsamości: | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

DANE ADRESOWE KANDYDATA

| Adres zamieszkania | | | | | |
|--------------------|--|----------------|--|-----------|--|
| Województwo* | | Ulica | | | |
| Powiat* | | Nr budynku* | | Nr lokalu | |
| Gmina* | | Kod pocztowy * | | | |
| Miejscowość * | | Poczta* | | | |
| Dane kontaktowe | | | | | |
| Telefon | | Adres e-mail | | | |

DODATKOWE INFORMACJE O KANDYDACIE (należy zaznaczyć właściwą odpowiedź)

| | |
|--|-----------|
| Mam problemy zdrowotne, ograniczające możliwości wyboru kierunku kształcenia ze względu na stan zdrowia, potwierdzone opinią publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym publicznej poradni specjalistycznej. | TAK / NIE |
| Spełniam następujące kryteria opisane w art. 20c ust. 2 Ustawy o systemie oświaty: | |
| wielodzietność rodziny kandydata | TAK / NIE |
| niepełnosprawność kandydata | TAK / NIE |
| niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata | TAK / NIE |
| niepełnosprawność obojga rodziców kandydata | TAK / NIE |
| niepełnosprawność rodzeństwa kandydata | TAK / NIE |
| samotne wychowywanie kandydata w rodzinie | TAK / NIE |

Nr wniosku:

| | |
|---|-----------|
| objęcie kandydata pieczęcią zastępczą | TAK / NIE |
| laureat / finalista | TAK / NIE |
| Posiadam orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego | TAK / NIE |
| Orzeczenie posiada numer: | |

DANE RODZICÓW

(W przypadku, gdy ustanowiono opiekę prawną nad dzieckiem, należy podać dane opiekunów prawnych)

| | Matka/opiekunka prawna | Ojciec/opiekun prawny |
|--------------------|------------------------|-----------------------|
| Imię i nazwisko* | | |
| Telefon | | |
| Adres e-mail | | |
| Adres zamieszkania | | |
| Województwo* | | |
| Powiat* | | |
| Gmina* | | |
| Miejscowość* | | |
| Ulica | | |
| Nr budynku* | | |
| Nr lokalu | | |
| Kod pocztowy* | | |
| Poczta* | | |

**LISTA WYBRANYCH SZKÓŁ I ODDZIAŁÓW WEDŁUG KOLEJNOŚCI
PREFERENCJI***

| L.p. | Nazwa szkoły | Oddział |
|------|--------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

