# WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO KLASY PIERWSZEJ

**Branżowej Szkoły I Stopnia w Kępnie**

**w Zespole Szkół Ponadpodstawowych Nr 2 w Kępnie na rok szkolny 2020/2021**

SZKOŁA PODSTAWOWA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZAWÓD:** | **Nazwa zawodu** | **Wpisz wybór szkoły (1,2,3)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA** |
| **Imię** |  | **Drugie Imię** |  |
| **Nazwisko** |  | **Data urodzenia** |  | **Miejsce urodzenia** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ADRES ZAMIESZKANIA KANDYDATA** |
| **Gmina** |  | **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  | **Nr domu/****Nr mieszkania** |  |
| **Kod pocztowy** |  | **Poczta** |  |
| **DANE OSOBOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** |
| **Rodzic** | **** | **Opiekun prawny** | **** |
| **Imię** |  | **Nazwisko** |  | **Nie żyje** | **** |
| **Gmina** |  | **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  | **Nr domu/****Nr mieszkania** |  | **telefon****kontaktowy** |  |
| **Kod pocztowy** |  | **Poczta** |  | **adres e-mail** |  |
| **DANE OSOBOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |
| **Rodzic** | **** | **Opiekun prawny** | **** |
| **Imię** |  | **Nazwisko** |  | **Nie żyje** | **** |
| **Gmina** |  | **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  | **Nr domu/****Nr mieszkania** |  | **telefon****kontaktowy** |  |
| **Kod pocztowy** |  | **Poczta** |  | **adres e-mail** |  |
| **DOKUMENTY DOŁĄCZONE DO WNIOSKU** |
| orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego | **TAK ** | **NIE ** |
| orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | **TAK ** | **NIE ** |
| opinia z poradni psychologiczno-pedagogicznej | **TAK ** | **NIE ** |
| życiorys/ CV | **** |  |
| świadectwo ukończenia szkoły podstawowej | **** |  |
| zaświadczenie o wynikach egzaminu ósmoklasisty | **** |  |
| 2 fotografie podpisane imieniem i nazwiskiem | **** |  |
| zaświadczenie od pracodawcy o przyjęciu na praktyczną naukę zawodu | **** |  |
| zaświadczenie lekarskie zawierające orzeczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu z medycyny pracy(kieruje pracodawca) | **** |  |
|  |
| **Szkoła Podstawowa do której kandydat aktualnie uczęszcza** |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zwartych w podaniu do realizacji procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016, poz. 922).

…………………………………………………………………………… …………………………………………………..……………………. (podpis rodzica/opiekuna prawnego (podpis kandydata)