



ZESPÓŁ SZKÓŁ W SOKOŁOWIE MŁP.
ul. Lubelska 37, 36-050 Sokołów Młp.
tel./fax 17 7729 009
e-mail: zssokolow@wp.pl www.zssokolow.edu.pl

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO KLASY PIERWSZEJ
SZKOŁY BRANŻOWEJ I STOPNIA W SOKOŁOWIE MŁP.
NA ROK SZKOLNY 2017/2018**

Proszę o przyjęcie do klasy pierwszej w zawodzie (zaznacz wybrany zawód):

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> mechanik pojazdów samochodowych | <input type="checkbox"/> cukiernik |
| <input type="checkbox"/> operator obrabiarek skrawających | <input type="checkbox"/> fryzjer |
| <input type="checkbox"/> kucharz | <input type="checkbox"/> wędliniarz |

1. Nazwisko i imię (imiona) ucznia:.....
2. Pesel:.....
3. Data i miejsce urodzenia:.....
4. Adres zamieszkania:.....
5. Telefon, e-mail:.....
6. Nazwa ukończonego gimnazjum:.....
7. Dane o rodzicach/opiekunach prawnych:

Ojciec

Matka

Nazwisko i imię:...../.....

Adres zamieszkania...../.....

Telefon:...../.....

8. W klasie I na lekcjach wf uczeń będzie brał udział w zajęciach na basenie: TAK NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Zespół Szkół w Sokołowie Młp. w związku z procesem rekrutacji.

.....
miejsowość, data

.....
podpisy rodziców/ opiekunów prawnych

Załączniki:

- | | |
|--|---|
| 1. Świadectwo ukończenia gimnazjum. | 7. Orzeczenie o niepełnosprawności. |
| 2. Wyniki egzaminu gimnazjalnego. | 8. Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego. |
| 3. 2 fotografie – opisane imię i nazwisko. | 9. Opinia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. |
| 4. Karta zdrowia. | 10. Dyplomy potwierdzające sukcesy w konkursach. |
| 5. Oświadczenie w sprawie religii. | 11. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kształcenia w danym zawodzie. |
| 6. Podpisana umowa o pracę. | |