**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

 **DO TECHNIKUM ORTOPEDYCZNEGO W ŚWIDNICY**

**FORMULARZ PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IMIĘ/IMIONA KANDYDATA:** |  |  |
| **NAZWISKO KANDYDATA:** |  |  |
| **IMIĘ I NAZWISKO MATKI:** | **IMIĘ:** | **NAZWISKO:** |
| **IMIĘ I NAZWISKO** **OJCA:** | **IMIĘ:** | **NAZWISKO:** |
| **DATA I MIEJSCE URODZENIA KANDYDATA:** | **DATA: DZ/M/R** | **MIEJSCE URODZENIA:** |
| **ADRES ZAMIESZKANIA:/ADRES DO KORESPONDENCJI KANDYDATA:** | **ADRES ZAMIESZKANIA:****…………………………………………….****…………………………………………….** | **ADRES DO KORESPONDENCJI:****…………………………………………….****…………………………………………….** |
| **NUMERY TELEFONÓW:**  | **NUMER TEL. KANDYDATA:****………………………………………………………………………………** | **NUMER TEL. RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO:****TEL.MATKI:****……………………………………………………………………………..****TEL.OJCA:****……………………………………………………………………………...** |
| **E-MAIL:** | **E-MAIL KANDYDATA:****………………………………………………………………………………** | **E-MAIL RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO:****………………………………………………………………………………..** |
| **NAZWA, MIEJSCE, ROK UKOŃCZENIA SZKOŁY PODSTAWOWEJ:** | **SZKOŁA PODSTAWOWA:****……………………………………………………………………………****……………………………………………………………………………** | **ROK UKOŃCZENIA:****………………………** |

 **……………………………………………………………………**

*(Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)*

 **……………………………………………………………………**

*(Data i podpis kandydata)*