**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)*