



Technikum Ortopedyczne w Świdnicy

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)

Technikum Ortopedyczne w Świdnicy

ul. Traugutta 7; 58-100 Świdnica

tel/fax: (74) 85 13 157

e-mail: sekretariat@sced.pl; www.toswidnica.pl