



Nr ewidencyjny:.....

Nr legitymacji:.....

Data wpisu do KS:.....

Data skr.	
Przyczyna opuszczenia szkoły/data	Podpis

Zaoczne Liceum Ogólnokształcące ACADEMIA
22-100 Chełm, ul. Hrubieszowska 37
tel. 82-5621130
www.iacademia.edu.pl

Z G Ł O S Z E N I E *

Kandydata/Kandydatki

* WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Chełm,

Nazwisko.....

Pierwsze imię.....Drugie imię.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i miejsce urodzenia 19...../...../..... w

ROK MIESIĄC DZIEŃ

Adres stałego zameldowania : kod ___ - ___ - ___ poczta.....

Ulica lub miejscowość nr domu.....nr mieszkania.....

Województwo.....

Adres e-mail:..... telefon

Adres korespondencyjny (WYPEŁNIĆ, GDY INNY NIŻ ADRES ZAMELDOWANIA):

kod ___ - ___ - ___ poczta..... woj.....

Ulica/miejscowość nr domu.....nr mieszkania.....

Uwaga:

- Wyrażam zgodę na skreślenie z listy słuchaczy w przypadku nie dopuszczenia mnie do egzaminów semestralnych z powodu niskiej frekwencji (poniżej 50%)
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych do potrzeb realizacji procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2015r. Nr 2135, 2281)
- Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku do celów promocyjnych szkoły, zgodnie z ustawą o ochronie praw autorskich i prawach pokrewnych (tj. Dz.U. z 2006r. Nr 90, poz. 631 z późn. zm.)

.....
czytelny podpis

Lp.	Data wydania zaświadczenia	Numer zaświadczenia	Adresat zaświadczenia	Wystawił/a
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Proszę o dostosowanie warunków i formy przeprowadzania egzaminu z kwalifikacji w zawodzie do moich indywidualnych potrzeb na podstawie załączonych dokumentów:

- Orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania *
- Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego *
- Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza *
- Zaświadczenie potwierdzające występowanie dysfunkcji wydane przez lekarza *
- Opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej/poradni specjalistycznej o specyficznych trudnościach w uczeniu się *

* właściwe zaznaczyć

.....
czytelny podpis

Inne uwagi:

Odebrałem/am dokumenty:

- Fotografia*
- Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza*
- Kopia świadectwa ukończenia gimnazjum/szkoły zawodowej/.....*
- Kopia dowodu osobistego*
- Inne dokumenty.....

.....
Data, czytelny podpis

* właściwe zaznaczyć