



Nr ewidencyjny:.....

Nr legitymacji:.....

Data wpisu do KS:.....

Data skr.	
Przyczyna opuszczenia szkoły/data	Podpis

**Policealna Szkoła 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, .....

KIERUNEK.....

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.				

Oświadczam, że zostałam poinformowana/zostałam poinformowany o konieczności posiadania książeczki zdrowia wymaganej podczas zajęć praktycznych i odbywania praktyk zawodowych na kierunkach: technik usług kosmetycznych, asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun w domu pomocy społecznej, opiekunka środowiskowa.

.....  
czytelny podpis

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 szkoły średniej\*
- Kopia dowodu osobistego\*
- Inne dokumenty.....

.....  
Data, czytelny podpis

\* właściwe zaznaczyć