



POWIATOWE CENTRUM EDUKACJI ZAWODOWEJ
im. Zygmunta Puławskiego
w Świdniku

Załącznik 1

WNIOSEK O PRZYJĘCIE KANDYDATA DO SZKOŁY PONADPODSTAWOWEJ¹

Nr wniosku:

Wypełnia jednostka	Data złożenia:	Godzina złożenia:
--------------------	----------------	-------------------

DANE IDENTYFIKACYJNE KANDYDATA:

Imię*										
Nazwisko*										
Data urodzenia*										
	dzień			miesiąc			rok			
PESEL*										
W przypadku braku numeru PESEL należy podać rodzaj, serię oraz numer innego dokumentu tożsamości:										

DANE ADRESOWE KANDYDATA:

Adres zamieszkania					
Kraj*					
Województwo*			Ulica*		
Powiat*			Nr budynku*	Nr lokalu*	
Gmina*			Kod pocztowy*		
Miejscowość*			Poczta*		

DODATKOWE INFORMACJE O KANDYDACIE (należy zaznaczyć właściwą odpowiedź):

Kandydat ma problemy zdrowotne, ograniczające możliwości wyboru kierunku kształcenia ze względu na stan zdrowia, potwierdzone opinią publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym publicznej poradni specjalistycznej.	TAK / NIE**
Kandydat spełnia jedno lub więcej kryteriów wymienionych w art. 131 ust. 2. ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2019 r. poz. 1148 z późn. zm., z 2020 r. poz. 374) zgodnie z art. 134 ust. 4:	
wielodzietność rodziny kandydata	TAK / NIE**
niepełnosprawność kandydata	TAK / NIE**
niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata	TAK / NIE**
niepełnosprawność obojga rodziców kandydata	TAK / NIE**
niepełnosprawność rodzeństwa kandydata	TAK / NIE**
samotne wychowywanie kandydata w rodzinie	TAK / NIE**
objęcie kandydata pieczęcią zastępczą	TAK / NIE**
Kandydat posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego	TAK / NIE** Numer orzeczenia: _____

¹ Kopia arkusza ocen ucznia

* pola zaznaczone gwiazdką są obowiązkowe do wypełnienia w formularzu

** niepotrzebne skreśli



POWIATOWE CENTRUM EDUKACJI ZAWODOWEJ
im. Zygmunta Puławskiego
w Świdniku

Załącznik 1

DANE RODZICÓW (W przypadku, gdy ustanowiono opiekę prawną nad dzieckiem, należy podać dane opiekunów prawnych):

	Matka/opiekunka prawna	Ojciec/opiekun prawny
Imię i nazwisko*		
Telefon*		
Adres e-mail*		
Adres zamieszkania		
Kraj*		
Województwo*		
Powiat*		
Gmina*		
Miejscowość*		
Ulica*		
Nr budynku*		
Nr lokalu*		
Kod pocztowy*		
Poczta*		

LISTA WYBRANYCH SZKÓŁ I ODDZIAŁÓW WEDŁUG KOLEJNOŚCI PREFERENCJI*:

L.p.	Nazwa i adres szkoły	Oddział/Grupa

Miejscowość i data

Czytelny podpis ucznia

Oświadczam, iż drugi rodzic / opiekun prawny został poinformowany o złożeniu podania / wniosku / oświadczenia i nie wyraża w tej sprawie zdania odmiennego (wypełnić w przypadku podpisu jednego rodzica)**

Miejscowość i data

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

* pola zaznaczone gwiazdką są obowiązkowe do wypełnienia w formularzu

** niepotrzebne skreśli