……………………………… Chorzów, dnia ……………

(imię i nazwisko kandydata) (data)

………………………………

(data i miejsce urodzenia)

………………………………

(PESEL)

 Dyrektor SOSW

w/m

**WNIOSEK** O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY

Zwracam się z wnioskiem o przyjęcie mnie/mojego dziecka\* do klasy ………..: (podkreślić odpowiednie)

* Szkoły Podstawowej;
* Szkoły Branżowej I Stopnia w zawodzie ……………….
* Technikum Masażu i Fizykoterapii w zawodzie technik masażysta;
* Technikum Administracyjnego w zawodzie technik prac biurowych

…………………………….….

 (podpis rodzica lub pełnoletniego kandydata)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dane kandydata |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres zameldowania |  |
| Adres zamieszkania |  |
| e-mail  |  |
| telefon |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dane matki/ opiekuna prawnego |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres zameldowania |  |
| Adres zamieszkania |  |
| e-mail  |  |
| telefon |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dane ojca/ opiekuna prawnego |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres zameldowania |  |
| Adres zamieszkania |  |
| e-mail  |  |
| telefon |  |

Proszę o miejsce w internacie: TAK / NIE

…………………………….….

 (podpis rodzica lub pełnoletniego kandydata)

Inne istotne informacje:

Załączniki (wstawić X):

1. oryginał lub poświadczoną przez dyrektora szkoły, którą kandydat ukończył, **kopię** świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwo ukończenia klasy III/VI szkoły podstawowej …………..
2. poświadczoną przez dyrektora szkoły, którą kandydat ukończył, **kopię** zaświadczenia o szczegółowych wynikach egzaminu gimnazjalnego (dot. szkół ponadgimnazjalnych) …………
3. orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego z uwagi na wadę wzroku, wydane przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym publicznej poradni specjalistycznej w przypadku kandydatów niepełnosprawnych …………..
4. orzeczenie o niepełnosprawności jeśli zostało wydane …………
5. posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą choroby oczu ……………
6. 2 zdjęcia ………..
7. Karta zdrowia z poprzedniej szkoły ………..