# WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO KLASY PIERWSZEJ TECHNIKUM NR 2 W KĘPNIE

**w Zespole Szkół Ponadpodstawowych Nr 2 w Kępnie na rok szkolny 2025/2026**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAWÓD:** |  | **Wpisz wybór szkoły (1,2,3)** |  |
| **TECHNIK BUDOWNICTWA** |  |  |
| **TECHNIK POJAZDÓW SAMOCHODOWYCH** |  |  |
| **TECHNIK AGROBIZNESU** |  |  |
| **TECHNIK LOGISTYK** |  |  |

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA** |
| **Imię** |  | **Drugie Imię** |  |
| **Nazwisko** |  | **Data****urodzenia** |  | **Miejsce****urodzenia** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ADRES ZAMIESZKANIA KANDYDATA** |
| **Gmina** |  | **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  | **Nr domu/****Nr mieszkania** |  |
| **Kod pocztowy** |  | **Poczta** |  |
| **DANE OSOBOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ** |
| **Rodzic** |  | **Opiekun prawny** |  |
| **Imię** |  | **Nazwisko** |  | **Nie żyje** |  |
| **Gmina** |  | **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  | **Nr domu/****Nr mieszkania** |  | **telefon****kontaktowy** |  |
| **Kod pocztowy** |  | **Poczta** |  | **adres e-mail** |  |
| **DANE OSOBOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |
| **Rodzic** |  | **Opiekun prawny** |  |
| **Imię** |  | **Nazwisko** |  | **Nie żyje** |  |
| **Gmina** |  | **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  | **Nr domu/****Nr mieszkania** |  | **telefon****kontaktowy** |  |
| **Kod pocztowy** |  | **Poczta** |  | **adres e-mail** |  |
| **DOKUMENTY DOŁĄCZONE DO WNIOSKU** |
| orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego | **TAK** | **NIE** |
| orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | **TAK** | **NIE** |
| opinia z poradni psychologiczno-pedagogicznej | **TAK** | **NIE** |
| życiorys/ CV |  |  |
| świadectwo ukończenia szkoły podstawowej |  |  |
| zaświadczenie o wynikach egzaminu ósmoklasisty |  |  |
| 2 fotografie podpisane imieniem i nazwiskiem |  |  |
| zaświadczenie lekarskie zawierające orzeczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu po otrzymaniuskierowania ze szkoły do medycyny pracy |  |  |
|  |
| **Szkoła Podstawowa do której kandydat aktualnie uczęszcza** |  |
| **W przypadku kandydata z innego kraju - kraj pochodzenia i data przyjazdu do Polski** |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w podaniu do realizacji procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

…………………………………………………………………… …………………………………………………. (podpis rodzica/opiekuna prawnego) (podpis kandydata)