



Medyczna Szkoła Policealna

Stowarzyszenia Promocji Zdrowego Stylu Życia

- technik masażysta
- dietetyk
- opiekunka dziecięca
- asystent osoby niepełnosprawnej
- terapeuta zajęciowy
- opiekun w domu pomocy społecznej

WYPEŁNIA SEKRETARIAT

- świadectwo
- ksero dowodu osobistego
- zaświadczenie lekarskie
- wpisowe
- 4 zdjęcia (37x52)

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Rok szkolny 20...../20.....

Wybrany kierunek Grupa: dopołudniowa/popołudniowa*

1. Nazwisko.....
2. Imię/imiona..... MIEJSCE
3. Imiona rodziców..... NA
4. Data urodzenia..... FOTOGRAFIE
5. Miejsce i województwo urodzenia
6. Adres stałego zameldowania.....
..... Tel.
7. Adres korespondencyjny.....
..... Tel.
8. Adres e-mail
9. Adres rodziców (opiekunów)
- Tel.
10. Obywatelstwo..... Stan cywilny.....
11. Nr PESEL
12. Rok ukończenia szkoły niższego szczebla
12. Skąd dowiedziałeś się o naszej szkole? (plakat, ulotka, prezentacja w szkole, Internet, znajomy, prasa, inne)
.....

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z obowiązującym Statutem Szkoły.

- Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002/101/926) – t.j. z póź. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i członków mojej rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym na potrzeby rekrutacji oraz w zakresie bezpieczeństwa i zdrowia oraz dydaktyczno-wychowawczo-opiekuńczej działalności Szkoły.

.....
data zgłoszenia

.....
podpis kandydata

*-właściwie podkreślić