



Nr w dzienniku.....  
 Nr ewidencyjny:.....  
 Nr leg.:.....  
 Nr ind.:.....  
 Data wpisu do KS:.....

|                                   |        |
|-----------------------------------|--------|
| Data skr.                         |        |
|                                   |        |
| Przyczyna opuszczenia szkoły/data | Podpis |

**Policealna Szkoła dla Dorosłych K U R S O R**  
**ul. Narutowicza 62, 20-013 Lublin**  
**tel. 81 441 33 32, 81 442 06 77**  
**www.kursor.edu.pl**

**Z G Ł O S Z E N I E \***

kandydata/kandydatki

\* WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Lublin, .....

**KIERUNEK**.....

**Nazwisko**.....

**Pierwsze imię**.....**Drugie imię**.....

**Seria i nr dowodu osobistego**.....

**PESEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Data i miejsce urodzenia** 19...../...../..... w..... woj.....  
ROK MIESIĄC DZIEŃ

**Adres zamieszkania** : kod \_\_\_\_ - \_\_\_\_ poczta.....

Ulica lub miejscowość ..... nr domu.....nr mieszkania.....

Województwo.....

**Adres e-mail**:..... **tel. komórkowy** .....

**Adres korespondencyjny** (WYPEŁNIĆ, GDY INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA):

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%) lub braku pracy kontrolnej z danego przedmiotu. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych do potrzeb realizacji procesu rekrutacji (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z dn. 29.08.1997r.) oraz prowadzenie przez szkołę dokumentacji przebiegu nauczania (Dz. U. z 2014 r. poz. 1170)

.....  
 czytelny podpis

| Podstawy przedsiębiorczości |     | Numer świadectwa | Nazwa szkoły | Data ukończenia |
|-----------------------------|-----|------------------|--------------|-----------------|
| TAK                         | NIE |                  |              |                 |

| Lp. | Data wydania zaświadczenia | Numer zaświadczenia | Adresat zaświadczenia | Wystawił/a |
|-----|----------------------------|---------------------|-----------------------|------------|
| 1.  |                            |                     |                       |            |
| 2.  |                            |                     |                       |            |
| 3.  |                            |                     |                       |            |
| 4.  |                            |                     |                       |            |
| 5.  |                            |                     |                       |            |

Prosimy o rzetelne wypełnienie (dane potrzebne do Systemu Informacji Oświatowej)

|  |
|--|
| <b>1. Dane uzupełniające dotyczące miejsca zamieszkania:</b> |
| • województwo  |
| • powiat   |
| • gmina  |
| • miejscowość  |

.....  
\* właściwe zaznaczyć

Czy posiadasz orzeczenie o niepełnosprawności?\* tak  nie

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\*

.....  
W przypadku posiadania już ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) w jednym z towarzystw ubezpieczeń można podpisać poniższe oświadczenie:

Oświadczam, że jestem już ubezpieczony/-a od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)

w ..... na okres .....

i rezygnuję z takiego ubezpieczenia w Policealnej Szkole dla Dorosłych KURSOR w Lublinie

.....  
czytelny podpis

.....  
W przypadku, gdy nie posiada się takiego ubezpieczenia należy opłacić składkę **40 zł** na okres 12 miesięcy.

|       |
|-------|
| Inne: |
|       |

.....  
Oświadczam, że zostałam poinformowana/y o konieczności posiadania książeczki zdrowia wymaganej podczas zajęć praktycznych i odbywania praktyk zawodowych na kierunkach: technik usług kosmetycznych i asystent osoby niepełnosprawnej.

.....  
czytelny podpis