



Nr w dzienniku:
Nr ewidencyjny:
Nr legitymacji:
Nr indeksu:
Data wpisu do KS:

WYPEŁNIA SZKOŁA:

Data skreślenia:	
przyczyna opuszczenia szkoły/data	podpis

Policealna Szkoła dla Dorosłych KURSOR
ul. Partyzantów 9, 22-400 Zamość
tel. 84 638 70 00 • www.kursor.edu.pl

Z G Ł O S Z E N I E *
Kandydatki/Kandydata

* NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Zamość, dnia

KIERUNEK:

nazwisko:

pierwsze imię: drugie imię:

seria i nr dowodu osobistego: PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

data urodzenia: 19...../...../..... (rok-miesiąc-dzień) miejsce urodzenia:

adres stałego zameldowania:

kod:

--	--	--

 -

--	--	--	--

 poczta: województwo:

ulica/miejscowość: nr domu: nr mieszkania:

województwo:

telefon: e-mail:

adres korespondencyjny (PROSIMY WYPEŁNIĆ, GDY JEST INNY NIŻ ADRES ZAMELDOWANIA):

kod:

--	--	--

 -

--	--	--	--

 poczta: województwo:

ulica/miejscowość: nr domu: nr mieszkania:

- ✓ Wyrażam zgodę na skreślenie mnie 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. 29.08.1997 r.)

.....
data i czytelny podpis

WYPEŁNIA SZKOŁA:

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.				

W przypadku posiadania ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) w jednym z towarzystw ubezpieczeniowych można podpisać poniższe oświadczenie; w przypadku braku takiego ubezpieczenia należy opłacić składkę 40 zł na cały rok kalendarzowy.

Oświadczam, że jestem już ubezpieczona/ubezpieczony od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) w na okres i rezygnuję z takiego ubezpieczenia w Policealnej Szkole dla Dorosłych KURSOR w Zamościu.

.....
data i czytelny podpis

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

.....
data i czytelny podpis

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*

Czy posiadasz orzeczenie o niepełnosprawności? * tak nie

* właściwe zaznaczyć

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

1. Jestem mieszkanką/mieszkańcem:

- wsi miejscowości liczącej mniej niż 5000 mieszkańców miejscowości liczącej ponad 5000 mieszkańców

2. Mieszkam w:

województwo: powiat:
gmina: miejscowość:

3. Jestem słuchaczką/słuchaczem lub jestem zapisana/zapisany do innej szkoły policealnej:

- tak, na kierunku semestr nie jestem

Inne uwagi (wypełnia szkoła)