

Liceum Ogólnokształcące
Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy
dla Dzieci Niewidomych w Owińskach
im. Synów Pułku
Plac Przemysława 9
62-005 Owińska

PODANIE

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie do klasy pierwszej

Nazwisko _____ Imiona _____	
Data urodzenia i miejsce _____ Nr PESEL _____	
Miejsce zamieszkania _____	
Telefon (stacjonarny, komórkowy) _____	
Gimnazjum (adres) _____	
W gimnazjum uczyłem/łam się języków obcych : _____	
Zainteresowania _____	
Imię ojca	Imię matki
Zawód ojca	Zawód matki.....
Miejsce pracy	Miejsce pracy
.....
Tel. do pracy.....	Tel. do pracy.....
Rodzaj niepełnosprawności	
Orzeczenie z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej* : TAK NIE	
Opinia z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej* : TAK NIE	
Orzeczenie o niepełnosprawności* : TAK NIE	
Internat** : TAK NIE	
Załączniki :	
.....	
.....	

*właściwe podkreślić

** właściwe podkreślić (dotyczy uczniów spoza Owińsk posiadających Orzeczenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej)

ŻYCIORYS

Owińska, dnia

.....
Podpis kandydata