

Dyrektor

Zespołu Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego

im. Ziemi Dobrzyńskiej w Nadrożu

**Tel. 54-270-31-12**

**Wniosek**

**Proszę o przyjęcie do klasy pierwszej na rok szkolny 2022/23 do technikum w zawodzie:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Proszę wpisać kolejność wyboru – 1, 2, 3 |
| Technik architektury krajobrazu |  |
| Technik inżynierii środowiska i melioracji |  |
| Technik mechanizacji rolnictwa i agrotroniki |  |
| Technik weterynarii |  |
| Technik rolnik |  |

1. **Dane osobowe kandydata:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko |  |
| Imię |  |
| Data urodzenia |  |
| PESEL (w przypadku braku wpisać numer i serię dokumentu tożsamości) |  |
| Imiona i nazwiska rodziców, a w przypadku kandydata pełnoletniego - imiona rodziców | Matka …..................................  Ojciec ….................................. |
| E-mail rodziców/ opiekunów prawnych kandydata, a w przypadku kandydata pełnoletniego - e-mail kandydata, o ile go posiadają |  |
| Telefon rodziców/ opiekunów prawnych kandydata, a w przypadku kandydata pełnoletniego - telefon kandydata, o ile go posiadają |  |

1. **Adres zamieszkania rodziców/ opiekunów prawnych kandydata, a w przypadku kandydata pełnoletniego - adres zamieszkania kandydata.**

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość |  |
| Kod/ poczta |  |
| Ulica i nr |  |
| gmina |  |
| powiat |  |
| województwo |  |

1. **Proszę o przyjęcie mnie do internatu (właściwe podkreślić): TAK/ NIE**
2. **Proszę o przyjęcie mnie do grupy wojskowej (właściwe podkreślić): TAK/ NIE**
3. **Jako drugi język obcy wybieram (właściwe podkreślić): j. niemiecki/ j. rosyjski**
4. **Dodatkowe informacje o kandydacie (właściwe podkreślić):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mam problemy zdrowotne, ograniczające możliwości wyboru kierunku kształcenia ze względu na stan zdrowia, potwierdzone opinią publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym publicznej poradni specjalistycznej | TAK | NIE | |
| Posiadam orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność, orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności | TAK | | NIE |

**Spełniam następujące kryteria opisane w Art. 150 ust. 2 ustawy Prawo oświatowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| wielodzietność rodziny kandydata | TAK | NIE |
| niepełnosprawność kandydata | TAK | NIE |
| niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata | TAK | NIE |
| niepełnosprawność obojga rodziców kandydata | TAK | NIE |
| niepełnosprawność rodzeństwa kandydata | TAK | NIE |
| samotne wychowywanie kandydata w rodzinie | TAK | NIE |
| objęcie kandydata pieczą zastępczą | TAK | NIE |

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Oświadczam, iż zapoznałem się z przepisami ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (t.j. Dz. U 2020.910 z dnia 2020.05.22.) obejmującymi zasady rekrutacji do szkół oraz zasadami wprowadzonymi przez dyrektora placówki, do której kierowany jest niniejszy wniosek.

…........................ ………………………………………………………

Data Podpis kandydata

………................................................................................................................

Podpis rodziców/ opiekunów prawnych w przypadku niepełnoletniego kandydata