*** Zespół Szkół nr 32 im.***

***Krzysztofa Kamila Baczyńskiego***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **XCII Liceum** | | **Technikum nr 23** | | | **Branżowa Szkoła I stopnia nr 39** | |
| ***Imię (imiona) i nazwisko*** | |  | | | | |
| ***Data i miejsce urodzenia*** | |  | | | | |
| ***Województwo*** | |  | | | | |
| ***PESEL (lub numer innego dokumentu)*** | |  | | | | |
| ***Czy posiada kartę stałego pobytu? (jeśli TAK, proszę podać numer)*** | | TAK | | | NIE | |
| **ADRES UCZNIA** | | | | | | |
| **ZAMELDOWANIA** | | | | **ZAMIESZKANIA**  **(wypełnić w przypadku, gdy jest inny)** | | |
| Ulica i nr………………………………….............  Miejscowość i kod………………………………..  Województwo…………………………………….  Gmina…………………………………………….  Dzielnica………………………………………….  Powiat……………………………………………. | | | | Ulica i nr…………………………………....  Miejscowość i kod…………………………  Województwo……………………………...  Gmina………………………………………  Dzielnica…………………………………...  Powiat……………………………………… | | |
| Imię i nazwisko matki……………………………  Telefon…………………………………………… | | | | Imię i nazwisko ojca………………………..  Telefon…………………………………...... | | |
| **ADRES RODZICÓW/OPIEKUNÓW (wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż ucznia)** | | | | | | |
| Ulica i nr…………………………………............  Miejscowość i kod……………………………….  Województwo……………………………………  Gmina…………………………………………….  Dzielnica…………………………………………  Powiat…………………………………………… | | | Ulica i nr…………………………………....  Miejscowość i kod………………………….  Województwo………………………………  Gmina………………………………………  Dzielnica……………………………………  Powiat……………………………………… | | | |
| **DEKLARACJA UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH** | | | | | | |
| **Religia**  TAK/NIE | **Etyka**  TAK/NIE | | **Edukacja zdrowotna**  TAK/NIE | | | |
| **Język niemiecki**  **TAK/NIE** | | | **Język hiszpański**  **TAK/NIE** | | | |
| **DODATKOWE INFORMACJE O UCZNIU** | | | | | | |
| Zainteresowania, koła zainteresowań | | |  | | | |
| **OPIEKA PORADNI PP** | | | | | | |
| Uczeń jest pod opieką Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej?  Czy uczeń posiada orzeczenie/opinię? | | | TAK (jaka?)  TAK | | | NIE  NIE |
| Uczeń jest pod opieką Poradni Specjalistycznej? | | | TAK (jaka?) | | | NIE |
| Podpis rodziców/opiekunów | | |  | | |  |
| Podpis ucznia | | |  | | | |
| ***Warszawa, dnia***…………………………………………………………………………………… | | | | | | |