**Oświadczam wolę uczestniczenia**

1. **w lekcjach**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RELIGII** | TAK/ NIE | **ETYKI** | TAK/ NIE | **WDŻ** | TAK/ NIE |

\* właściwe podkreślić

1. **udziału w wyjeździe integracyjnym klas pierwszych.**
* Zapoznałem się z zasadami rekrutacji uczniów do Publicznego Technikum/ Szkoła Branżowa I stopnia w Ożarowie Mazowieckim w roku szkolnym 2019/2020.
* Oświadczam, że dane podane we wniosku są zgodne z aktualnym stanem faktycznym.

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

 **( podpis rodzica/ opiekuna ( podpis kandydata )**

**W N I O S E K O P R Z Y J Ę C I E**

**D O S Z K O Ł Y P O N A D G I M N A Z J A L N E J**

 **w Zespole Szkół Nr 1 im. Tony Halika w Ożarowie Mazowieckim**

ul. Poznańska 129/131 – Tel. 22 722-41-93, 22 721-00-09 e-mail: szkolaozarow@poczta.onet.pl

**rok szkolny 2019/ 20**

( właściwe podkreślić )

|  |  |
| --- | --- |
| **Publiczne Technikum:** | **Szkoła branżowa I stopnia:** |
| * Technik hotelarstwa
* Technik żywienia i usług gastronomicznych
 | * Kucharz
 |
| **I.DANE OSOBOWE KANDYDATA** ( dane wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI ) |
| Nazwisko |  |
| Imię |  |
| Data urodzenia |  |
| Adres zamieszkania |  |
| GMINA | POWIAT | WOJEWÓDZTWO |
|  |  |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Seria i numer paszportu( w przypadku braku nr PESEL ) |  |
| **II.DANE OSOBOWE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH** |
|  | Matka / opiekun prawny | Ojciec / opiekun prawny |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Adres zamieszkania Rodziców ( opiekunów prawnych ) |
| Kod, miejscowość |  |  |
| Ulica, nr domu i mieszkania |  |  |
|  Dane kontaktowe |
| Adres poczty elektronicznej( o ile posiadają ) |  |  |
| Telefon komórkowy ( o ile posiadają ) |  |  |
| Telefon domowy ( o ile posiadają ) |  |  |
| **III. Oświadczenia dotyczące treści wniosku, ochrony danych osobowych i przetwarzanie wizerunku** |
| * Uprzedzeni o odpowiedzialności karnej z art. 233 k.k. oświadczamy, że podane powyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym.
* Zobowiązuję się do zawiadomienia szkoły o każdej zmianie ww. danych.
* Zgodnie z art. 23 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( Dz.U. z 2018 r. poz. 1000 ) wyrażamy zgodę na zbieranie, przetwarzanie wykorzystanie ww. danych osobowych oraz przetwarzanie wizerunku przez Zespół Szkół Nr 1 im. Tony Halika w Ożarowie Mazowieckim.
 |

Data i podpis matki / prawnej opiekunki Data i podpis ojca / prawnego opiekuna

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

Data przyjęcia wniosku Podpis przyjmującego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  | - | 2 | 0 | 1 | 9 |  | ……………………………………………….. |

**W N I O S E K O P R Z Y J Ę C I E**

**D O S Z K O Ł Y P O N A D P O D S T A W O W E J**

 **w Zespole Szkół Nr 1 im. Tony Halika w Ożarowie Mazowieckim**

ul. Poznańska 129/131 – Tel. 22 722-41-93, 22 721-00-09 e-mail: szkolaozarow@poczta.onet.pl

**rok szkolny 2019/ 20**

( właściwe podkreślić )

|  |  |
| --- | --- |
| **Publiczne Technikum:** | **Szkoła branżowa I stopnia:** |
| * Technik hotelarstwa
* Technik żywienia i usług gastronomicznych
 | * Kucharz
 |
| **I.DANE OSOBOWE KANDYDATA** ( dane wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI ) |
| Nazwisko |  |
| Imię |  |
| Data urodzenia |  |
| Adres zamieszkania |  |
| GMINA | POWIAT | WOJEWÓDZTWO |
|  |  |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Seria i numer paszportu( w przypadku braku nr PESEL ) |  |
| **II.DANE OSOBOWE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH** |
|  | Matka / opiekun prawny | Ojciec / opiekun prawny |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Adres zamieszkania Rodziców ( opiekunów prawnych ) |
| Kod, miejscowość |  |  |
| Ulica, nr domu i mieszkania |  |  |
|  Dane kontaktowe |
| Adres poczty elektronicznej( o ile posiadają ) |  |  |
| Telefon komórkowy ( o ile posiadają ) |  |  |
| Telefon domowy ( o ile posiadają ) |  |  |
| **III. Oświadczenia dotyczące treści wniosku, ochrony danych osobowych i przetwarzanie wizerunku** |
| * Uprzedzeni o odpowiedzialności karnej z art. 233 k.k. oświadczamy, że podane powyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym.
* Zobowiązuję się do zawiadomienia szkoły o każdej zmianie ww. danych.
* Zgodnie z art. 23 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( Dz.U. z 2018 r. poz. 1000 ze ) wyrażamy zgodę na zbieranie, przetwarzanie wykorzystanie ww. danych osobowych oraz przetwarzanie wizerunku przez Zespół Szkół Nr 1 im. Tony Halika w Ożarowie Mazowieckim.
 |

Data i podpis matki / prawnej opiekunki Data i podpis ojca / prawnego opiekuna

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

Data przyjęcia wniosku Podpis przyjmującego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  | - | 2 | 0 | 1 | 9 |  | ……………………………………………….. |