

**Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Policach**  
**ul. Kresowa 5**  
**72-010 Police**  
**tel. 570 807 002**

**WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

*Police, dnia .....*

**WNIOSEK**

**Proszę o przyjęcie mnie do Liceum Ogólnokształcącego Nr 3 dla Dorosłych  
w Policach w systemie zaocznym**

**do klasy....., na semestr ....., rok  
szkolny.....**

Nazwisko: .....

Imiona.....

Nazwisko rodowe .....

Data i miejsce urodzenia: .....  
(dzień, miesiąc, rok, miejscowość)

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

PESEL

**Adres stałego zameldowania:**

*Kod pocztowy* .....

*Miejscowość* .....

*Ulica* .....

*Nr domu* ..... *nr mieszk.* .....

**Telefon kontaktowy**.....

e-mail: .....

**Adres do korespondencji:**

*Kod pocztowy* .....

*Miejscowość* .....

*Ulica* .....

*Nr domu* ..... *nr mieszk.* .....

Rok ukończenia i rodzaj szkoły.....  
(8-klasowa szkoła podstawowa / gimnazjum / zasadnicza zawodowa)

.....  
(pełna nazwa ukończonej szkoły)

w .....  
(miejscowość)

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Oryginał świadectwa ukończenia szkoły (SP lub GIM. lub ZSZ )
2. Zaświadczenie lekarskie o zdolności do nauki ( lekarz rodzinny )
3. 2 zdjęcia

.....

(podpis kandydata)

**Dane rodziców/opiekunów (dotyczy osób niepełnoletnich)**

*imię i nazwisko ojca*.....*telefon*.....

*imię i nazwisko matki*.....*telefon*.....

Wyrażam zgodę na naukę mojej córki/mojego syna w Liceum Ogólnokształcącym Nr 3 dla Dorosłych w Policach w systemie zaocznym.

.....  
(data i podpis  
rodziców/opiekunów)