

**Zespół Szkół Licealnych i Technicznych w Gubinie**

im. Stanisława Staszica

66-620 Gubin, ul. Racławicka 1, tel.: 68 359 31 84, fax.: 68 359 31 84,

www.zslit.gubin.pl, sekretariat@zslit.gubin.pl

Proszę o przyjęcie mnie do jednej z niżej wymienionychszkół :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **1 wybór \*** | **2 wybór \*** |
| 1 | I Liceum Ogólnokształcące | informatyka - robotyka |  |  |
| 2 | Technikum nr 1 | technik ekonomista |  |  |
| technik żywienia i usług gastronomicznych |  |  |
| technik hotelarstwa |  |  |
| technik logistyk |  |  |
| technik usług fryzjerskich |  |  |
| technik reklamy (*z elem. grafiki komputerowej)* |  |  |
| 3 | Branżowa Szkoła I Stopnia nr 1 | kucharz |  |  |
| magazynier-logistyk |  |  |
| wielozawodowa (np. tapicer, stolarz, ślusarz, mechanik pojazdów samochodowych, sprzedawca, fryzjer, krawiec,…..) |  |  |

\* wybór krzyżykiem

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane kandydata** | | | |
| Imię |  | | |
| Nazwisko |  | | |
| Data urodzenia |  | | |
| PESEL ( w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| Adres miejsca zamieszkania |  | | |
| **Dane rodziców kandydata** *(w przypadku kandydata pełnoletniego imiona rodziców, adres zamieszkania, adres poczty elektronicznej i numer telefonu kandydata)* | | | |
|  | | Matki | Ojca |
| Imię | |  |  |
| Nazwisko | |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania | |  |  |
| Adres poczty elektronicznej | |  |  |
| Numer telefonu | |  |  |

............................................................... ..............................................................

*(podpis kandydata) (podpis rodzica- kandydata pełnoletniego)*