

Dyrektor

Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego dla
Dzieci Niewidomych im. Synów Pułku w Owińskach
Plac Przemysława 9, 62 – 005 Owińska
INTERNAT

PODANIE o przyjęcie do INTERNATU

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie do Internatu w SOSW dla Dzieci Niewidomych w Owińskach.

Dane kandydata	
Nazwisko: _____ Imiona: _____	
Data i miejsce urodzenia _____	
Adres zamieszkania _____	
Województwo _____ Powiat _____ Gmina _____	
Pesel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Seria i nr dowodu potwierdzającego tożsamość ucznia (w przypadku braku nr PESEL) _____	
Dane rodziców / opiekunów prawnych / osoby sprawującej pieczę zastępczą nad dzieckiem*	
Imię i nazwisko ojca _____	Imię i nazwisko matki _____
Imię i nazwisko prawnego opiekuna _____	Imię i nazwisko prawnego opiekuna _____
Adres zamieszkania _____	Adres zamieszkania _____
Telefon _____	Telefon _____
Email _____	Email _____
Istotne informacje przydatne podczas pobytu dziecka w internacie	
Przyjmowane leki: Alergie: Inne:	

Ja niżej podpisany oświadczam, że jestem rodzicem dziecka sprawującym władzę rodzicielską*/ prawnym opiekunem */ osobą (podmiotem) sprawującą pieczę zastępczą nad dzieckiem*.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i oświadczam, że dane przedłożone w niniejszym podaniu są zgodne ze stanem faktycznym oraz zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia dyrektora szkoły o zmianie danych w nim zawartych.

Data

Podpisy rodziców / opiekunów prawnych /
osób sprawujących pieczę zastępczą / kandydata pełnoletniego

* właściwe zaznaczyć