

Załącznik nr 2

DEKLARACJA KONTYNUOWANIA ZAMIESZKANIA

W INTERNACIE SZKOŁY POLICEALNEJ – MEDYCZNEGO STUDIUM ZAWODOWEGO IM.
STANISŁAWA LIEBHARTA W LUBLINIE W ROKU SZKOLNYM/.....

- UCZNIOWIE SPOZA STUDIUM

(Pola zaznaczone gwiazdką w poniższym formularzu są obowiązkowe do wypełnienia)

| DANE IDENTYFIKACYJNE WYCHOWANKA | | | |
|---|-----------------|----------------|----------------|
| Imię * | | Drugie imię | |
| Nazwisko * | | | |
| PESEL * | | | |
| W przypadku braku nr PESEL należy podać rodzaj, serię oraz nr innego dokumentu tożsamości | | | |
| | | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA, DANE KONTAKTOWE | | | |
| Województwo * | | | |
| Powiat * | | | |
| Gmina * | | | |
| Miejscowość * | | | |
| Ulica * | | | |
| Nr budynku * | | | |
| Nr lokalu * | | | |
| Kod pocztowy * | | | |
| Poczta * | | | |
| Telefon* | | | |
| E-mail kontaktowy | | | |
| DANE OSOBOWE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH | | | |
| | Rodzic - ojciec | Rodzic - matka | Opiekun prawny |
| Imię i nazwisko * | | | |
| Telefon* | | | |
| E-mail kontaktowy | | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA | | | |
| Jeśli dane dotyczące zamieszkania obojga rodziców są takie same należy je wpisać przy jednym z rodziców | | | |
| Województwo * | | | |
| Powiat * | | | |
| Gmina * | | | |

