|  |
| --- |
| **WNIOSEK O DOPUSZCZENIE DO EGZAMINU KWALIFIKACYJNEGO** **DO OGÓLNOKSZTAŁCĄCEJ SZKOŁY BALETOWEJ im. R. TURCZYNOWICZA** |

Proszę o dopuszczenie mojego dziecka do egzaminu kwalifikacyjnego do klasy …………………OSB im R. Turczynowicza w Warszawie w roku szkolnym ……………………............................

Kandydat w tym roku szkolnym ukończy klasę ………. szkoły podstawowej/liceum ogólnokształcącego/szkoły muzycznej

Kandydat ubiega się o przyjęcie do szkoły baletowej po raz pierwszy: TAK NIE (*niepotrzebne skreślić)*

|  |
| --- |
|  |
| **KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH KANDYDATA** |
| **DANE OSOBOWE** |
| imię/imiona |  |  |
| nazwisko |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| data urodzenia/ miejsce urodzenia |  |  |
| ***ADRES ZAMIESZKANIA*** |
| ulica |  | nr domu |  | nr mieszkania |  |
| kod pocztowy |  |  |  |  |  | miejscowość |  |
| szkoła do jakiej kandydat uczęszcza |  | klasa  | adres |
|  |  |
| **KWESTIONARIUSZ DANYCH OSOBOWYCH****RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH KANDYDATA** |
| **DANE OSOBOWE MATKI/OPIEKUNA PRAWNEGO** |
| imię i nazwisko |  |  |
| ***ADRES ZAMIESZKANIA*** |
| ulica |  | nr domu |  | nr mieszkania |  |
| kod pocztowy |  |  |  |  |  | miejscowość |  |
| telefon/tel. komórkowy |  | adres e-mail |  |
| **DANE OSOBOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |
| imię i nazwisko |  |  |
| ***ADRES ZAMIESZKANIA*** |
| ulica |  | nr domu |  | nr mieszkania |  |
| kod pocztowy |  |  |  |  |  | miejscowość |  |
| telefon/tel. komórkowy |  | adres e-mail |  |
| ***ADRES DO KORESPONDENCJI RODZICÓW*** /***PRAWNYCH OPIEKUNÓW*** (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) |
|  |

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

(imię i nazwisko)

(miejscowość, data)

……………………………………………….

……………………………………………….

(adres)

……………………………………………….

Do wniosku dołączam :

* zaświadczenie potwierdzające, że kandydat, w roku szkolnym, w którym ubiega się o przyjęcie do OSB im. R. Turczynowicza, uczęszcza do ………………………………………………………………………………………………………………………………………… klasy ………………… .

 *(nazwa szkoły)*

* zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia kształcenia w zawodzie tancerz wydane przez lekarza ortopedę lub lekarza medycyny sportowej (*nie dotyczy kandydatów ubiegających się o przeniesienie ze szkoły baletowej do OSB im. R. Turczynowicza*)

W razie przyjęcia do OSB im. R.Turczynowicza kandydat będzie się ubiegał o przyjęcie do Bursy Szkolnictwa Artystycznego :

TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku i załącznikach do wniosku o dopuszczenie do egzaminu kwalifikacyjnego
do Ogólnokształcącej Szkoły Baletowej im. R. Turczynowicza w Warszawie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia
29 sierpnia 1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

**PODPISY RODZICÓW (PRAWNYCH OPIEKUNÓW)**

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

podpis matki (prawnego opiekuna) podpis ojca (prawnego opiekuna)