

SKIEROWANIE

na turnus dokształcania teoretycznego młodocianych pracowników
w zakresie danego zawodu szkolnictwa branżowego I stopnia

do

CENTRUM KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO W ŚWIDNICY

58-105 Świdnica, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 41

tel./fax. (074) 852 40 76

..... pieczętka szkoły/placówki kierującej

.....
miejsowość, data

Nazwisko i imię/imiona ucznia:			
Data i miejsce urodzenia:	(dzień – miesiąc – rok) [][] - [][] - [][][][]		miejsowość
PESEL:	[][][][][][][][][][][][]		
Zawód (nazwa i symbol cyfrowy):	nazwa zawodu		symbol
Stopień kursu (właściwy zaznaczyć X):	I stopień	II stopień	III stopień
Termin kursu (dzień – miesiąc – rok):			
Dane płatnika (za zajęcia dydaktyczne)			

Dane adresowe i kontaktowe ucznia i jego rodziców/prawnych opiekunów (niezbędne w organizacji kursu).

Adres zamieszkania ucznia:	ulica, numer domu, numer mieszkania, kod pocztowy, miejscowość
Adres e-mailowy ucznia:	
Imiona i nazwisko rodziców/ prawnych opiekunów:	
Kontakt do rodziców/ prawnych opiekunów:	

.....
pieczętka i podpis osoby kierującej