Zespół Szkół Muzycznych w Sosnowcu

Państwowa Szkoła Muzyczna I st. im. Jana Kiepury
ul. Wawel 2, 41-200 Sosnowiec, tel. 32 266 37 95
www.zsmsosnowiec.pl; e-mail: sekretariat@zsmsosnowiec.pl

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO PSM I ST. NA ROK SZKOLNY...../.....

DANE OSOBOWE

1. Nazwisko kandydata [*proszę wpisać w kratki drukowanymi literami*]

2. Imiona kandydata

3. Data urodzenia

dz. m-c. rok

4. Miejsce urodzenia

Województwo

5. PESEL

6. Adres stałego miejsca zamieszkania

[ulica, nr domu, nr mieszkania]

[nr kodu]

[miejscowość]

nr telefonu kandydata

+48

[komórkowy]

+48

[stacjonarny]

7. Wykształcenie kandydata [*szkoła i aktualna klasa*] .....

.....

8. Na jaki instrument się zgłasza [*proszę podać 3 instrumenty w kolejności zainteresowania*]:

I. .....

II. .....

III. .....

9. Imię i nazwisko matki [opiekuna]

adres zamieszkania matki

nr telefonu matki

+	4	8									

[komórkowy]

+	4	8									

[stacjonarny]

adres e-mail matki

10. Imię i nazwisko ojca [opiekuna]

adres zamieszkania ojca

nr telefonu ojca

+	4	8									

[komórkowy]

+	4	8									

[stacjonarny]

adres e-mail ojca

11. Czy kandydat posiada określony stopień niepełnosprawności [dysfunkcji], jaki? ……

……

12. Czy kandydat uczył się już gry na instrumencie, jakim?……

13. Czy kandydat posiada instrument, jaki?……

14. Czy kandydat będzie miał zapewnioną możliwość codziennego ćwiczenia na instrumencie? TAK – NIE*

15. Inne informacje składane przez rodziców [opiekunów]……

……

16. Nazwa i adres szkoły ogólnokształcącej, do której kandydat będzie uczęszczał od IX b.r.

……

……

*niepotrzebne skreślić

Sosnowiec, dn. …….. ……

podpis rodzica [opiekuna]

Zasady rekrutacji uczniów do PSM I st. w SOSNOWCU znajdują się na stronie internetowej www.zsmsosnowiec.pl

Wyrażam zgodę na umieszczenie nazwiska mojego dziecka na stronie internetowej PSM w przypadku pozytywnie zdanych egzaminów wstępnych.

Sosnowiec, dn. …….. ……

podpis rodzica [opiekuna]

Zespół Szkół Muzycznych w Sosnowcu

Państwowa Szkoła Muzyczna I st. im. Jana Kiepury ul. Wawel 2, 41-200 Sosnowiec, tel. 32 2663795
www.zsmsosnowiec.pl; e-mail: sekretariat@zsmsosnowiec.pl

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA O STANIE ZDROWIA KANDYDATA DO PSM I ST.

Imię i nazwisko dziecka……

Słuch: dobry / słaby* [proszę podać przyczynę]……

……

Skłonność do przeziębień: duża / średnia / mała*

Wzrok: dobry / wymaga szkieł korekcyjnych *

Kręgosłup: układ prawidłowy / wada postawy*

Inne ważne informacje o stanie zdrowia dziecka: ……

……

……

Może być uczniem szkoły muzycznej: tak / nie*

……
[podpis i pieczątka lekarza]

*niepotrzebne skreślić