



**STAROGARDZKIE
AUTONOMICZNE LICEUM
OGÓLNOKSZTAŁCĄCE**

Proszę o przyjęcie mojego dziecka do klasy Starogardzkiego Autonomicznego Liceum Ogólnokształcącego.

Nazwisko :
 Imiona:
 PESEL :
 Data i miejsce urodzenia:
 Adres zameldowania:
 Adres zamieszkania:
 Telefon domowy:
 Rodzeństwo (płeć i wiek):

Dane rodziców lub opiekunów:

	Matka	Ojciec
Nazwisko i imię		
Adres		
Miejsce pracy Tel		
Zawód , stanowisko		
Telefon komórkowy		

Po zakwalifikowaniu dziecka do Starogardzkiego Autonomicznego Gimnazjum rodzice(opiekunowie) zobowiązują się opłacić wymagane wpisowe w wysokości zł, a powyższa karta zgłoszenia jest traktowana przez Starogardzkie Szkoły Autonomiczne i rodziców jako umowa .

Rodzice wyrażają zgodę na badania psychologiczne dziecka (wyniki badań są poufne) i obie strony zobowiązują się do przestrzegania postanowień Statutu Szkoły i Regulaminu opłacania czesnego.

Jednocześnie wyrażam zgodę na używanie danych mojego dziecka zgodnie z obowiązującymi przepisami oświatowymi.

Podpis rodziców/ opiekunów

Maria Schulz

