**POWIATOWY ZESPÓŁ SZKÓŁ NR 2**

w Kościerzynie ul. Józefa Wybickiego 1; tel.(58) 680 35 86

pzs2.koscierzyna@powiatkoscierski.pl

**PODANIE**

Proszę o przyjęcie mnie do Liceum **Ogólnokształcącego dla Dorosłych**

w Powiatowym Zespole Szkół nr 2 w Kościerzynie na semestr ………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Nazwisko |  |
| 2. | Imię |  |
| 3. | Drugie imię |  |
| 4. | Data urodzenia |  |
| 5. | Miejsce urodzenia |  |
| 6. | PESEL |  |
| 7. | Imiona rodziców |  |
| 8. | Nr telefonu |  |
| 9. | adres e-mail |  |
| 10. | Miejsce zamieszkania |  |
| 11. | Kod pocztowy |  |
| 12. | Ulica, nr domu |  |
| 13. | Gmina |  |
| 14. | Powiat |  |

**Szkoła zaoczna:**

**- po gimnazjum, szkole podstawowej - czas nauki 8 semestrów**

**- po ZSZ i Szkole Branżowej I stopnia – czas nauki 6 semestrów**

Przedmioty na poziomie rozszerzonym (**matematyka obowiązkowa**)

Dodatkowo **obowiązkowo** do wyboru:

- **geografia**\* lub - **biologia**\*

Język obcy:

- **język angielski**\* ……………………………………….

- **język niemiecki**\* (data i podpis)

\*) niepotrzebne skreślić