Do Dyrektora Zespołu Szkół Muzycznych im. Karola Szymanowskiego w Toruniu

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE**

**do SZKOŁY MUZYCZNEJ II stopnia – cykl 4-letni**

**na rok szkolny 2024/2025**

|  |
| --- |
| **Specjalność** *(niepotrzebne skreślić)* |
| **WOKALISTYKA / WOKALISTYKA JAZZOWA** |
| Imię (imiona) i nazwisko kandydata |
|  |
| Data i miejsce urodzenia | PESEL |
|  |  |
| Imię i nazwisko matki | Numer telefonu matki |
|  |  |
| Imię i nazwisko ojca | Numer telefonu ojca |
|  |  |
| Adres kontaktowy e-mail rodzica/opiekuna (lub pełnoletniego kandydata) |
|  |
| Adres zamieszkania |
|  |

Do wniosku dołączam:

1. **Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia kształcenia w publicznej placówce artystycznej, wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. (*obowiązkowe, dostarczone najpóźniej w dniu egzaminu wstępnego*)**
2. **Zaświadczenie od lekarza specjalisty (laryngolog lub foniatra) stwierdzające brak przeciwwskazań do nauki śpiewu. (*obowiązkowe, dostarczone najpóźniej w dniu rozpoczęcia nauki* )**

1. Oświadczenie o wielodzietności rodziny kandydata. (*jeśli dotyczy*)\* TAK / NIE\*\*
2. Oświadczenie o niepełnosprawności kandydata. (*jeśli dotyczy*)\* TAK / NIE\*\*
3. Oświadczenie o niepełnosprawności jednego z rodziców. (*jeśli dotyczy*)\* TAK / NIE\*\*
4. Oświadczenie o niepełnosprawności obojga rodziców. (*jeśli dotyczy*)\* TAK / NIE\*\*
5. Oświadczenie o niepełnosprawności rodzeństwa kandydata. (*jeśli dotyczy*)\* TAK / NIE\*\*
6. Oświadczenie o samotnym wychowywaniu kandydata w rodzinie. (*jeśli dotyczy*)\* TAK / NIE\*\*
7. Oświadczenie o objęciu kandydata pieczą zastępczą. (*jeśli dotyczy*)\* TAK / NIE\*\*

 …………………………………………………………………………………………

Zapoznałem (-am) się z Regulaminem Rekrutacji do SM II st. i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dla celów rekrutacji

 …………………………………………………………………

**Podpis Rodzica/Opiekuna (lub pełnoletniego kandydata)**