Választott szakirány: Pedagógiai asszisztens Gyógypedagógiai asszisztens

(Jelölje meg X-szel!)

Név: …………………………………………………………………………………………..

Állampolgárság: ………………………………………………………………………………………......

Születési hely: ………………………………………………………………………………………......

Születési idő:

Állandó lakcím: …………………. (ir.szám) ……………………..…………………..………… (település)

 ………………………………………………...… (utca) …………..………….. (házszám)

Vezetékes telefonszám: / Mobil telefonszám: /

 (körzetszámmal, 06 nélkül) (06 nélkül)

Oktatási azonosító:

TAJ szám: Adóazonosító jel:

Személyi igazolvány szám: …………………………………………………………………………………

Kollégiumi ellátást igényel? IGEN NEM

(Megfelelő rész aláhúzandó!)

Anyja neve: …………………………………………………………………………………………..

Anyja leánykori neve: …………………………………………………………………………………………..

Állandó lakcím: …………………. (ir.szám) ……………...……….…………………………… (település)

 ………………………………………………...… (utca) …………..………….. (házszám)

Vezetékes telefonszám: / Mobil telefonszám: /

 (körzetszámmal, 06 nélkül) (06 nélkül)

Apja neve: …………………………………………………………………………………………..

Gondviselő neve: …………………………………………………………………………………………..

Állandó lakcím: …………………. (ir.szám) ……………...……….…………………………… (település)

 ………………………………………………...… (utca) …………..………….. (házszám)

Vezetékes telefonszám: / Mobil telefonszám: /

 (körzetszámmal, 06 nélkül) (06 nélkül)

Nyilatkozom, hogy az űrlapon megadott személyes adatok, illetve csatolt különleges adatok intézmény általi megismeréséhez, kezeléséhez és az adatfeldolgozó részére történő továbbításához hozzájárulok.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy adataim a valóságnak megfelelnek.

Pécs, 20..……………… …………..…………………..…… …………..…………..……………

 szülő/gondviselő tanuló

 aláírása aláírása