POMORSKIE TOWARZYSTWO EDUKACYJNE
„FAMA" Sp. z o.o. w BYDGOSZCZY

STUDIUM POLICEALNE „FAMA"

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY SŁUCHACZA

Dane osobowe *(wypełnić drukowanymi literami)*:

nazwisko:

imię (imiona):

data i miejsce urodzenia:

d d m m r r r r

numer PESEL:

nazwisko i imię ojca:

nazwisko i imię matki:

Adres zamieszkania *(wypełnić drukowanymi literami)*:

miejscowość:

ulica i numer domu:

kod pocztowy i poczta: –

nr telefonu z kierunkowym: mail: _____

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i archiwizację moich danych osobowych w celu prowadzenia dokumentacji szkoły oraz wydawania zaświadczeń o pobieraniu nauki, wystawianych na żądanie uprawnionych organów.

.....
data i czytelny podpis

Wybieram kierunek:

□ Terapeuta zajęciowy
□ Masaż leczniczy
□ Studium psychologii
□ Wizaż i stylizacja paznokci
□ Przedstawiciel handlowy
□ Asystent Rodziny (szkolenie)
□ Koordynator Do Spraw Osób Niepełnosprawnych i Starszych (kurs)
□ Masaż Klasyczny (kurs)
□ Mediator Rodzinny (szkolenie)
□ Opiekunka Dziecka Zdrowego i Niepełnosprawnego (kurs)
□ Opiekunka Dziecka Zdrowego i Niepełnosprawnego z Językiem Migowym (kurs)
□ inny ……

Potwierdzam odbiór świadectwa maturalnego / ukończenia szkoły średniej.