

JELENTKEZÉSI LAP

10. osztály utáni szakképzésekre 2014/2015. tanév

A választható – Országos Képzési Jegyzék szerinti – szakképesítések:

31 582 15 1000 00 00	Kőműves (2 tanév)
33 543 01 1000 00 00	Bútorasztalos (2 tanév)
31 341 01 0010 31 02	Élelmiszer- és vegyi áru eladó (2 tanév)
31 521 09 1000 00 00	Gépi forgácsoló (2 tanév)
31 521 01 0013 31 03	Mezőgazdasági gépszerelő, gépjavító (2 tanév)
33 522 04 1000 00 00	Villanyszerelő (2 tanév)

Jelentkezési határidő: 2014. március 15. (Az iskolánk tanulói részére.) Leadás osztályfőnököknek!

Kérjük, hogy a jelentkezési lapot jól olvashatóan, nyomtatott betűvel szíveskedjen kitölteni.

1. A jelentkező neve, osztálya:
2. Születési hely, év, hó, nap
3. Anyja leánykori neve
4. Apja vagy gondviselője neve
5. Lakcíme, irányítószámmal
6. Telefonszáma
7. TAJ szám
- Adószám:
- Oktatási azonosító szám:
8. Mely intézményben szerzett, illetve szerez e tanév végén 10. évfolyam utáni bizonyítványt.....
9. Szakképesítéssel rendelkezik-e, illetve a tanév végén szerez-e szakképesítést
- Ha igen, a szakképesítés megnevezése
10. Tanult idegen nyelv(ek)
11. A választott szakképesítés, amelyre felvételét kéri elsősorban
- másodsorban
12. A TANULÓSZERZŐDÉST A GYAKORLATI MUNKAHELYEL A TANULÓ ÉS A SZÜLŐ KÖTELES MEGKÖTNI. AZ ISKOLA KÜLÖN KÉRÉSRE GYAKORLATI MUNKAHELYET SEGÍT KERESNI A TANULÓ SZÁMÁRA.

Igazoljuk, hogy a nevezett tanuló gyakorlati képzését a képzés teljes időszakában a megjelölt szakmában vállaljuk:

Dátum:

P.H.
aláírás

(A igazolást vagy tanulószerveződést mellékelni lehet!)

13. A nem tandíjmentes tanulók térítési vagy tandíját külön rendeletek szabályozzák!
Másik iskolából jelentkezők esetén a jelentkezéshez mellékelni kell a 9. és 10. tanév végi bizonyítvány fénymásolatát!

Igényel-e kollégiumi elhelyezést? igen - nem (A megfelelőt kérjük aláhúzni.)

Kelt:

.....
a szülő (gondviselő) aláírása

.....
a jelentkező aláírása

A szakmai alkalmassági orvosi vélemény (a másik oldalon) KÖTELEZŐ!

ORVOSI VÉLEMÉNY

Név:

Szakma megnevezése:

Alkalmas / Nem alkalmas*

(*A kívánt megnevezést kérjük aláhúzni!)

Kelt.:20..... hó nap

P.H.

.....
orvos aláírása