

Radom, dn. \_\_\_\_\_

Dane wnioskodawcy:

\_\_\_\_\_  
imię, nazwisko

\_\_\_\_\_  
dokładny adres

\_\_\_\_\_  
telefon kontaktowy

Dyrektor Zespołu Szkół Muzycznych  
im. Oskara Kolberga w Radomiu  
ul. 25 Czerwca 70, 26-600 Radom

Zwracamy / zwracam\* się z prośbą o przyjęcie mojego dziecka \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ do klasy pierwszej (zaznaczyć właściwy typ szkoły):

Ogólnokształcącej Szkoły Muzycznej I stopnia

Szkoły Muzycznej I stopnia (zajęcia popołudniowe)

cykl 6-letni (dziecięcy)

cykl 4-letni (młodzieżowy)

Ogólnokształcącej Szkoły Muzycznej II stopnia

Szkoły Muzycznej II stopnia (zajęcia popołudniowe)

Załączamy / załączam\* wypełniony kwestionariusz osobowy kandydata wraz z orzeczeniem lekarskim.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(własnoręczne podpisy rodziców / opiekunów prawnych)

\*niepotrzebne skreślić.