

**Formularz rejestracyjny**  
**„Uniwersytetu Licealisty - Ogólnopolskiego Konkursu Wiedzy o Człowieku”**

- ☐ **Deklaruję wolę udziału w Konkursie „Uniwersytet Licealisty” realizowanym przy Wydziale Nauk o Zdrowiu w Katowicach.**

*(W danym roku akademickim aplikować można tylko na jeden Wydział ŚUM*

*Deklaracja Wydziału jest ostateczna i nie może zostać zmieniona w późniejszym terminie.)*

**1. Dane osobowe**

|                                                        |  |
|--------------------------------------------------------|--|
| Imię:                                                  |  |
| Nazwisko:                                              |  |
| Płeć:                                                  |  |
| PESEL:                                                 |  |
| Nazwa oraz numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: |  |
| Nazwa szkoły średniej:                                 |  |
| Adres szkoły średniej:                                 |  |
| Ostatnia ukończona klasa:                              |  |

**2. Dane kontaktowe**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Adres email:    |  |
| Numer telefonu: |  |

**3. Oceny**

| Nazwa przedmiotu                                                            | Ocena                                |                                |                                       |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Biologia / Chemia*<br><i>(niepotrzebne skreślić)</i>                        | <input type="checkbox"/> dostateczna | <input type="checkbox"/> dobra | <input type="checkbox"/> bardzo dobra | <input type="checkbox"/> celująca |
| Fizyka / Matematyka*<br><i>(niepotrzebne skreślić)</i>                      | <input type="checkbox"/> dostateczna | <input type="checkbox"/> dobra | <input type="checkbox"/> bardzo dobra | <input type="checkbox"/> celująca |
| <i>Uwaga! Należy wpisać ocenę końcową z ostatnio uzyskanego świadectwa.</i> |                                      |                                |                                       |                                   |

#### 4. Dane do uiszczenia opłaty rekrutacyjnej

|                           |                                                                                                 |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kwota:                    | 40 zł                                                                                           |
| Tytuł przelewu:           | Opłata rekrutacyjna Uniwersytet Licealisty Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach + rok akademicki |
| Numer rachunku bankowego: |                                                                                                 |