



Dokument wypełnia student
A document filled in by student

Miejscowość

Data

Kwestionariusz Osobowy

Nazwisko (Name)	<input type="text"/>	Imiona (First name)	<input type="text"/>
Numer telefonu (Phone number)	<input type="text"/>	Adres e-mailowy (e-mail)	<input type="text"/>
Data urodzenia (Date of birth)	<input type="text"/>	Miejsce urodzenia (Place of birth)	<input type="text"/>
Seria i numer dowodu: (ID number):	<input type="text"/>	Data ważności: (Validity date)	<input type="text"/>
		PESEL: (Pers. Num)	<input type="text"/>

Dane adresowe (address of residence)

Ulica (Street)	<input type="text"/>	Numer (Number)	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Miasto (City)	<input type="text"/>	Kod pocztowy (Post Code)	<input type="text"/>	Gmina (Province)	<input type="text"/>

Język (language)

English Please put X	<input type="checkbox"/>	Fluently	<input type="checkbox"/>	Communicative	<input type="checkbox"/>	Basic	<input type="checkbox"/>
Deutsch Please put X	<input type="checkbox"/>	Fluently	<input type="checkbox"/>	Communicative	<input type="checkbox"/>	Basic	<input type="checkbox"/>

Wzrost w cm (Height in cm)	<input type="text"/>	Rozmiar obuwia EU (Shoe size)	<input type="text"/>	Prawo jazdy (Driver license)	<input type="checkbox"/>	Data wydania (Date)	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------	----------------------------------	----------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------------	----------------------

“I C E” – osoba, którą należy powiadomić w razie wypadku.

Imię i nazwisko (Name)	<input type="text"/>	Numer telefonu (Phone number)	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------	----------------------------------	----------------------

Edukacja (education)

Nazwa Uczelni (University)	<input type="text"/>		
Kierunek (Field of study)	<input type="text"/>		
Numer legitymacji studenckiej (Student card)	<input type="text"/>	Data ważności legitymacji (Validity date)	<input type="text"/>

Adres do korespondencji (address) – wypełnij, jeśli inny niż zameldowania

Ulica (Street)	<input type="text"/>	Numer (Number)	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Miasto (City)	<input type="text"/>	Kod pocztowy (Post Code)	<input type="text"/>	Gmina (Province)	<input type="text"/>

Praktyki

Prosimy podać terminy w jakich możesz uczestniczyć w praktykach zagranicznych. OD DO

Twoje Uwagi:

Podpis: