

**KWESTIONARIUSZ UCZENNICY/UCZNIA  
PUBLICZNEGO LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCEGO SIÓSTR PREZENTEK**  
(prosimy o precyzyjne dane – na podstawie kwestionariusza uzupełniana jest dokumentacja przebiegu nauczania i egzaminu maturalnego)

**klasa 1 – rok szkolny 2026/2027**

**1. DANE O UCZENNICY / UCZNIU**

|                                                                                                                                                                                  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nazwisko                                                                                                                                                                         |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imię pierwsze                                                                                                                                                                    |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imię drugie                                                                                                                                                                      |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL                                                                                                                                                                            |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data i miejsce urodzenia<br>(miejscowość, województwo, kraj)                                                                                                                     |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| obywatelstwo                                                                                                                                                                     |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Adres ZAMELDOWANIA</b>                                                                                                                                                        |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ulica, nr domu                                                                                                                                                                   |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Miejscowość, kod pocztowy                                                                                                                                                        |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Adres ZAMIESZKANIA</b> (jeżeli jest inny, niż adres zameldowania)                                                                                                             |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ulica, nr domu                                                                                                                                                                   |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Miejscowość, kod pocztowy                                                                                                                                                        |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>URZĄD GMINY</b> wg stałego zameldowania (nazwa i dokładny adres):                                                                                                             |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Dane dodatkowe</b>                                                                                                                                                            |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imiona i wiek rodzeństwa                                                                                                                                                         |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwa i adres parafii zamieszkania                                                                                                                                               |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>SPECYFICZNE TRUDNOŚCI W UCZENIU SIĘ:</b>                                                                                                                                      |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>DYSLEKSJA</b> <input type="checkbox"/> <b>DYSGRAFIA</b> <input type="checkbox"/> <b>DYSORTOGRAFIA</b><br><input type="checkbox"/> żadne z powyższych |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inne trudności:                                                                                                                                                                  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Opinia</b> z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> <b>tak</b><br><input type="checkbox"/> <b>nie</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Orzeczenie</b> o potrzebie kształcenia specjalnego                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> <b>tak</b><br><input type="checkbox"/> <b>nie</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>CHOROBY:</b>                                                                                                                                                                  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Choroby przewlekłe mające wpływ na frekwencję i funkcjonowanie dziecka w zespole klasowym:                                                                                       |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
|--|
|  |
|--|

|                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Na jakie substancje/leki, pokarmy, inne/ jest uczulona/y                                                            |
|                                                                                                                     |
| <b>INNA POMOC:</b>                                                                                                  |
| Czy na co dzień potrzebuje pomocy drugiej osoby?                                                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>tak</b> <input type="checkbox"/> <b>nie</b>                                             |
| Jeżeli tak, to w jakich czynnościach?                                                                               |
|                                                                                                                     |
| Co jeszcze powinien wiedzieć wychowawca, aby pomóc Państwa synowi/córcie w czasie pobierania nauki w naszej szkole? |
|                                                                                                                     |

## 2. DANE O RODZICACH/OPIEKUNACH PRAWNYCH UCZENNICY/UCZNIA

|                                                                                                                                                                            |                                                                         |                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------|--|
| <b>Matka</b>                                                                                                                                                               |                                                                         |                  |  |
| Nazwisko                                                                                                                                                                   |                                                                         | Imię             |  |
| Adres zamieszkania                                                                                                                                                         |                                                                         |                  |  |
| Wykształcenie                                                                                                                                                              |                                                                         | Wykonywany zawód |  |
| Zakład pracy                                                                                                                                                               |                                                                         | Telefon do pracy |  |
| Nr telefonu                                                                                                                                                                |                                                                         |                  |  |
| Adres e-mail                                                                                                                                                               |                                                                         |                  |  |
| <b>Ojciec</b>                                                                                                                                                              |                                                                         |                  |  |
| Nazwisko                                                                                                                                                                   |                                                                         | Imię             |  |
| Adres zamieszkania                                                                                                                                                         |                                                                         |                  |  |
| Wykształcenie                                                                                                                                                              |                                                                         | Wykonywany zawód |  |
| Zakład pracy                                                                                                                                                               |                                                                         | Telefon do pracy |  |
| Nr telefonu                                                                                                                                                                |                                                                         |                  |  |
| Adres e-mail                                                                                                                                                               |                                                                         |                  |  |
| <b>Dane DODATKOWE</b>                                                                                                                                                      |                                                                         |                  |  |
| Czy oboje rodzice mają pełne prawa rodzicielskie?                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> <b>tak</b> <input type="checkbox"/> <b>nie</b> |                  |  |
| W przypadku, gdy rodzice lub jedno z rodziców jest pozbawione praw rodzicielskich lub ma ograniczone prawa rodzicielskie proszę wpisać kto jest prawnym opiekunem dziecka: |                                                                         |                  |  |
|                                                                                                                                                                            |                                                                         |                  |  |
| Dziecko mieszka z rodzicami                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> <b>tak</b> <input type="checkbox"/> <b>nie</b> |                  |  |

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Czy rodzice żyją?                 | matka ..... ojciec .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Czy rodzice przebywają w kraju?   | matka ..... ojciec .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Dziecko wychowuje się w rodzinie: | <input type="checkbox"/> naturalnej, pełnej<br><input type="checkbox"/> naturalnej, niepełnej /samotny rodzic, rodzice rozwiedzeni, w separacji, jedno z rodziców nie żyje/<br><input type="checkbox"/> zastępczej<br><input type="checkbox"/> w ośrodku szkolno-wychowawczym<br><input type="checkbox"/> inna odpowiedź /jakiej?/ |

### 3. NAUKA W LICEUM

|                                                                                                                                                     |                                           |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>JĘZYKI OBCE</b>                                                                                                                                  |                                           |                                                 |
| Języki obce, których uczyłaś/eś się w szkole podstawowej (prosimy o wpisanie jakich i ile lat)                                                      |                                           |                                                 |
| język .....                                                                                                                                         | -                                         | ..... lat                                       |
| język .....                                                                                                                                         | -                                         | ..... lat                                       |
| Jako <b>drugi język</b> w liceum wybieram:                                                                                                          |                                           |                                                 |
| Język <b>niemiecki</b> <input type="checkbox"/> Język <b>francuski</b> <input type="checkbox"/>                                                     |                                           |                                                 |
| <b>PRZEDMIOTY ROZSZERZONE</b>                                                                                                                       |                                           |                                                 |
| Wybieram grupę z obowiązkowymi przedmiotami realizowanymi na poziomie rozszerzonym                                                                  |                                           |                                                 |
| <input type="checkbox"/> <b>Klasa A</b> - humanistyczna                                                                                             |                                           |                                                 |
| Przedmioty realizowane w całej klasie na poziomie rozszerzonym: <b>historia i j. polski</b>                                                         |                                           |                                                 |
| Jako trzeci przedmiot na poziomie rozszerzonym wybieram: <input type="checkbox"/> <b>j. angielski</b> lub <input type="checkbox"/> <b>WOS</b>       |                                           |                                                 |
| <input type="checkbox"/> <b>Klasa B</b> – medyczna                                                                                                  |                                           |                                                 |
| Jako pierwszy przedmiot na poziomie rozszerzonym wybieram: <input type="checkbox"/> <b>matematyka</b> lub <input type="checkbox"/> <b>j. polski</b> |                                           |                                                 |
| Jako drugi przedmiot na poziomie rozszerzonym wybieram: <input type="checkbox"/> <b>biologia</b> lub <input type="checkbox"/> <b>geografia</b>      |                                           |                                                 |
| Jako trzeci przedmiot na poziomie rozszerzonym wybieram: <input type="checkbox"/> <b>chemia</b> lub <input type="checkbox"/> <b>j. angielski</b>    |                                           |                                                 |
| <input type="checkbox"/> <b>Klasa C</b> – politechniczna                                                                                            |                                           |                                                 |
| Przedmioty realizowane w całej klasie na poziomie rozszerzonym: <b>matematyka i j. angielski</b>                                                    |                                           |                                                 |
| Jako trzeci przedmiot na poziomie rozszerzonym wybieram: <input type="checkbox"/> <b>fizyka</b> lub <input type="checkbox"/> <b>informatyka</b>     |                                           |                                                 |
| <b>INNE PRZEDMIOTY</b>                                                                                                                              |                                           |                                                 |
| Obowiązkowo w klasie pierwszej:                                                                                                                     |                                           |                                                 |
| <input type="checkbox"/> <b>muzyka</b>                                                                                                              | <input type="checkbox"/> <b>plastyka</b>  | <input type="checkbox"/> <b>filozofia</b>       |
| Dodatkowo od klasy drugiej:                                                                                                                         |                                           |                                                 |
| <input type="checkbox"/> <b>język łaciński</b>                                                                                                      | <input type="checkbox"/> <b>filozofia</b> | <input type="checkbox"/> <b>historia sztuki</b> |

### 4. OŚWIADCZENIA

|                                                                                                                                    |     |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Znany nam jest Statut oraz katolicki charakter szkoły i akceptujemy stosowany w niej program wychowawczy                           | tak | nie |
| Zobowiązujemy się zapewnić córce/synowi bezpieczeństwo podczas drogi do i ze szkoły oraz bierzemy za to całkowitą odpowiedzialność | tak | nie |

