

.....
imię (imiona) i nazwisko

.....
miejscowość

.....
data

.....
imiona rodziców

.....
data i miejsce urodzenia

.....
pesel

.....
ulica, nr domu

.....
kod, miejscowość

.....
województwo, powiat

.....
telefon kontaktowy

.....
e-mail



Dyrektor
Wrocławskiej Szkoły Fotografii i
Filmu AFA
ul. Fabryczna 14
53-609 Wrocław

Proszę o przyjęcie mnie do Wrocławskiej Szkoły Fotografii i Filmu AFA na I rok
zajęć w roku szkolnym 2026/2027.

Specjalizacja*:

- ☐ FOTOGRAFIA ARTYSTYCZNA
- ☐ REALIZACJA OBRAZU FILMOWEGO
- ☐ ANIMACJA FILMOWA
- ☐ ANIMACJA KOMPUTEROWA

Do grupy*:

- ☐ TYGODNIOWEJ / DZIENNEJ
- ☐ TYGODNIOWEJ / POPOŁUDNIOWEJ
- ☐ WEEKENDOWEJ

Jednocześnie określám poziom swoich umiejętności fotograficznych na*:

- ☐ NISKI
- ☐ ŚREDNI
- ☐ ZAAWANSOWANY

.....
podpis

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 883 oraz z 2000 r. nr 12, poz. 136) wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych w celach rekrutacyjnych oraz w związku z realizacją zadań dydaktycznych szkoły.

.....
podpis

* - właściwe zaznaczyć