

**Wniosek o przyjęcie**

**do IV klasy sportowej pływackiej**

**Szkoła Podstawowa nr 375**

**Warszawa, ul. gen. R. Abrahama 10**

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE KANDYDATA** |
| **Nazwisko**  |  | **Imię 1:** | **Imię 2:** |
| **Data i miejsce urodzenia** |  |  | **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Adres zamieszkania**  |  |
| **Adres****zameldowania** |  |
| **RODZICE/PRAWNI OPIEKUNOWIE** |
| **Nazwisko i imię matki** |  | tel: | mail: |
| **Adres zamieszkania matki** |  |
| **Wzrost matki** |  |
| **Nazwisko i imię ojca** |  | tel: | mail: |
| **Adres zamieszkania ojca** |  |
| **Wzrost ojca** |  |
| **INFORMACJE O KANDYDACIE** |
| **Dotychczasowa szkoła podstawowa** (nazwa/adres) |  |
| **ZAJĘCIA NADOBOWIĄZKOWE:** |
| **Wychowanie do życia w rodzinie** **Religia** **Etyka** **Żadne z powyższych** |
| **OŚWIADCZENIE RODZICÓW** |
| *Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w kwestionariuszu zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) w celach rekrutacyjnych.**Data i podpis matki/opiekunki prawnej* ...………………………………………………….……………… *Data i podpis ojca/opiekuna prawnego* …………………………………………………………………… |
| **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA** (wypełnia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, ewentualnie uczeń dostarcza oddzielne zaświadczenie,najpóźniej w dniu próby sprawności fizycznej) |
| Brak przeciwwskazań do udziału w zajęciach klasy sportowej Data, pieczęć i podpis lekarza ………….…………………………………………………………….. |