

**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 ………….…………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |