…… Kościerzyna, dnia ……
*Imię i nazwisko rodzica/opiekuna*

**OŚWIADCZENIE RODZICA**

Oświadczam, że moja córka/mój syn[1]

.....
*Imię i nazwisko ucznia*

jest zdrowa/zdrowy[1] i może brać udział w testach sprawności fizycznej przeprowadzanych w ramach rekrutacji do klasy siódmej sportowej[2] Szkoły Podstawowej nr 6 im. ks. dr. B.Sychty w Kościerzynie organizowanych przez szkołę.

Podpis rodziców

……..……

……..

Informacje:

1. Testy odbędą się 25 kwietnia 2017r. o godz. $15^{30}$ w Zespole Szkół Publicznych nr 1 w Kościerzynie, ul. M. Skłodowskiej-Curie 19, tel.58-686-34-34.
2. Uczniów obowiązuje strój sportowy.

---

[1] Niepotrzebne skreślić

[2] Zarządzenie nr 0050.38.2017 Burmistrza Miasta Kościerzyna z dnia 17.03.2017r. w sprawie ustalenia harmonogramu czynności w postępowaniu rekrutacyjnym do klas sportowych w szkołach podstawowych dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Kościerzyna w roku szkolnym 2017/2018