

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

Kościerzyna, dnia

OŚWIADCZENIE RODZICA

Oświadczam, że moja córka/mój syn¹

.....
Imię i nazwisko ucznia

jest zdrowa/zdrowy¹ i może brać udział w testach sprawności fizycznej przeprowadzanych w ramach rekrutacji do klasy czwartej sportowej² Szkoły Podstawowej nr 6 im. ks. dr. B. Sychty w Kościerzynie organizowanych przez szkołę.

Podpis rodziców

.....
.....

Informacje:

1. Testy odbędą się 25 kwietnia 2019 r. o godz. 15³⁰ w Szkole Podstawowej nr 6 w Kościerzynie, ul. M. Skłodowskiej-Curie 19, tel. 58-686-34-34.
2. Uczniów obowiązuje strój sportowy.

¹ Niepotrzebne skreślić

² Zarządzenie Nr 0050.15.2019 Burmistrza Miasta Kościerzyna z dnia 31.01.2019 r. 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 2019/2020