

.....  
*Nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego*

.....  
*Numer i seria dokumentu tożsamości*

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem klas sportowych w Szkole Podstawowej nr 6 im. ks. dr. Bernarda Sychty w Kościerzynie.

.....  
*Czytelny podpis rodzica kandydata*

Wyrażam zgodę na uczęszczanie mojego dziecka .....  
*Imię i nazwisko dziecka*

do klasy siódmej sportowej w Szkole Podstawowej nr 6 im. ks. dr. Bernarda Sychty w Kościerzynie ul. M.Skłodowskiej-Curie 19, od dnia 01.09.2017 roku oraz na jego udział w treningach, zawodach i obozach sportowych. Przyjmuję do wiadomości, że uczeń nie kwalifikujący się do dalszego szkolenia (na podstawie opinii nauczyciela, zaświadczenia lekarza specjalisty w dziedzinie lekarza medycyny sportowej lub innego uprawnionego lekarza) zostanie przeniesiony od nowego semestru lub nowego roku szkolnego do oddziału ogólnego.

.....  
*Data*

.....  
*Czytelny podpis rodzica kandydata*