Warszawa, dn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_2023.r.

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO ODDZIAŁU SPORTOWEGO**

Proszę o przyjęcie mojego dziecka do Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi Nr 342 im. Jana Marcina Szancera w Warszawie do oddziału sportowego do klasy czwartej w dyscyplinie sportu zapasy:

**Dane o kandydacie**:

1. Imię i nazwisko kandydata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data urodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL kandydata (w przypadku braku seria i numer paszportu lub innego dokumentu): \_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Imiona i nazwiska rodziców: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Adres zamieszkania rodziców kandydata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Adres poczty elektronicznej i numeru telefonu rodziców kandydata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Załączniki:**

1. ***Orzeczenie lekarskie;***
2. ***Pisemna zgoda rodziców.***

**……………….………………………………….**

 *imię i nazwisko ucznia (kandydata do oddziału sportowego)*

 *klasa …………………………………………*

**ZGODA RODZICÓW**

Wyrażam zgodę na uczęszczanie mojego dziecka do klasy sportowej w Szkole Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi Nr 342 im. Jana Marcina Szancera w Warszawie, w której prowadzone będzie szkolenie sportowe w dyscyplinie sportu zapasy. Oświadczam, że znane mi są wymagania zawarte w zasadach postępowania rekrutacyjnego do oddziału sportowego.

Zobowiązuję się do ścisłej współpracy z wychowawcą klasy, trenerem i nauczycielem wychowania fizycznego.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb szkoły zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz.1000)*

 ………………………………

*(data i podpis rodziców)*

**ORZECZENIE LEKARSKIE O ZDOLNOŚCI DO UPRAWIANIA SPORTU ZAPASY**

Zgodnie z przepisami w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania sportu zapasy

stwierdzam, że ..................................................................................................................

*(imię i nazwisko ucznia)*

PESEL.......................... …………………………………………………………………..

  *(data urodzenia)*

jest zdrowy i nie posiada przeciwwskazań do nauki w klasie sportowej o profilu zapasy oraz

amatorskiego uprawiania tej dyscypliny sportu.

Wzrost: ...................., waga: ........................

Data badania ...................................

*...........................................................*

*podpis lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny sportowej*

*lub innego uprawnionego lekarza*