



OŚWIADCZENIE RODZICA

Zgoda na uczęszczanie kandydata do oddziału sportowego

Wyrażam zgodę na uczęszczanie mojego dziecka
(imię i nazwisko, data urodzenia)

do klasy z oddziałem sportowym w Liceum Ogólnokształcącym w Zespole Szkół nr 1 im. Powstańców Wielkopolskich we Wronkach.

Jednocześnie wyrażam zgodę na udział w próbie sprawności fizycznej przeprowadzanej do celów rekrutacyjnych na terenie Zespołu Szkół nr 1 im. Powstańców Wielkopolskich oraz kompleksu boisk sportowych w Popowie wg obowiązujących terminów na rok szkolny 2025/2026.

Do wniosku dołączam:

- ✓ **Orzeczenie lekarskie wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej potwierdzające stan zdrowia umożliwiający podjęcie nauki w oddziale sportowym**

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)