



ZESPÓŁ SZKÓŁ TECHNICZNYCH

im. Bohaterów Września 1939 r. w Kolbuszowej

ul. Janka Bytnara 2, 36 – 100 Kolbuszowa tel. 17 2271 – 632, e-mail: zstkolbuszowa@op.pl

Załącznik nr 1

OŚWIADCZENIE

Test sprawności fizycznej

Nazwiska i imiona rodziców/opiekunów prawnych* :

1.
2.

Adres zamieszkania rodziców/opiekunów prawnych* :

1.
2.

Telefony kontaktowe:

1.									
2.									

Wyrażam zgodę na udział syna/córki/podopiecznego*

(imię i nazwisko)

w próbie sprawności fizycznej przeprowadzanej do celów rekrutacyjnych, na terenie Zespołu Szkół Technicznych im. Bohaterów Września 1939 r. w Kolbuszowej wg obowiązujących terminów na rok szkolny 2024/2025.

Do wniosku dołączam (zaznaczyć właściwe):

zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki w Oddziale Przygotowania Wojskowego.

Jednocześnie oświadczam, iż nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa mojego dziecka/podopiecznego w testach sprawnościowych do szkoły.

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

* niepotrzebne skreślić