Siemianowice Śląskie, …………………………

…………………………………………………..

 (imię i nazwisko rodziców/ opiekunów prawnych)

…………………………………………………..

…………………………………………………..

 (adres zamieszkania)

**Dyrektor**

**Zespołu Szkół Sportowych**

**w Siemianowicach Śląskich**

Prosimy o przyjęcie naszego dziecka …………………………………………………...

(imię i nazwisko)

do klasy ………………. szkoły ……………………………………………………………….. dyscyplina sportu ………………………………………………………………………………..

Oświadczamy, iż wyrażamy zgodę na udział naszego dziecka w dodatkowych zajęciach sportowych wynikających z podjęcia nauki w klasie sportowej.

Zobowiązujemy się współpracować ze szkołą w celu uzyskiwania przez nasze dziecko jak najlepszych wyników w nauce i sporcie oraz przestrzegania Statutu Szkoły w czasie całego cyklu kształcenia.

………………………………………….

 (data i podpisy rodziców/opiekunów prawnych)

**Wstępne badanie sportowo – lekarskie\***

Data badania ………………………

Orzeczenie ……………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………...

Data następnego badania ……………………………………………………………………..

……………………………………….

 (podpis i pieczęć lekarza)

**\*Wstępne badanie sportowo – lekarskie można wykonywać w Poradni Medycyny Sportowej, ul. Wiejska 20, 41-100 Siemianowice Śląskie tel. 32 229 80 50**

**Orzeczenie lekarskie należy złożyć w sekretariacie**