

.....  
*Imię i nazwisko rodzica/opiekuna*

Kościerzyna, dnia .....

### OŚWIADCZENIE RODZICA

Oświadczam, że moja córka/mój syn<sup>1</sup>

.....  
*Imię i nazwisko ucznia*

jest zdrowa/zdrowy<sup>1</sup> i może brać udział w testach sprawności fizycznej przeprowadzanych w ramach rekrutacji do klasy **pierwszej** mistrzostwa sportowego<sup>2</sup> Szkoły Podstawowej nr 6 im. ks. dr. B. Sychty w Kościerzynie organizowanych przez szkołę.

Podpis rodziców

.....  
.....

#### Informacje:

1. Testy odbędą się 15.04.2024 r. w Szkole Podstawowej nr 6 w Kościerzynie, ul. M. Skłodowskiej-Curie 19, tel. 58-686-34-34.
2. Uczniów obowiązuje strój sportowy.

---

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> Zarządzenie Nr 0050.21.2024 Burmistrza Miasta Kościerzyna z dnia 30 stycznia 2024r. w sprawie ustalenia harmonogramu czynności w postępowaniu rekrutacyjnym do oddziałów mistrzostwa sportowego w szkołach podstawowych dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Kościerzyna w roku szkolnym 2024/2025