



**SZKOŁA PEŁNA AKTYWNOŚCI**  
**eliminacje**

ZGŁOSZENIE DO ZAWODÓW .....  
(miejsowość, data )

SZKOŁA: .....

KLASA: .....

Lp.	Imię i nazwisko	Numer legitymacji szkolnej
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Zatwierdzam i zgłaszam reprezentację klasy w podanym składzie do zawodów „Szkoła Pełna Aktywności” i potwierdzam, że wszyscy zgłoszeni zawodnicy są jej uczniami.

Imię i nazwisko nauczyciela / opiekuna	Telefon kontaktowy	E-mail

.....  
(Podpis i pieczęć Dyrektora Szkoły)

Administratorem danych osobowych jest Akademicki Związek Sportowy z siedzibą ul. Kredytowa 1a; 00-056 Warszawa, e-mail: zg@azs.pl, więcej informacji na ten temat można znaleźć w Polityce Prywatności na: <http://azs.pl/images/dokumenty/RODOklauzula.pdf>.