



**SZKOŁA PEŁNA AKTYWNOŚCI
FINAŁ**

ZGŁOSZENIE DO ZAWODÓW
(miejscowość, data)

SZKOŁA:

KLASA:

Lp.	Imię i nazwisko	Numer legitymacji szkolnej
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		

19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		

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>.

