



SZKOŁA PEŁNA AKTYWNOŚCI
eliminacje

ZGŁOSZENIE DO ZAWODÓW

(miejscowość, data wydarzenia)

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: <https://azs.pl/polityka-prywatnosci>.

Standardy Ochrony Małoletnich w Akademickim Związku Sportowym dostępne na stronie:

<https://azs.pl/organizacja/dokumenty/standardy-ochrony-maloletnich>.