



SZKOŁA
MISTRZOSTWA
SPORTOWEGO ZPRP | **PŁOCK**

Załącznik nr 2

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość – data

.....
adres zamieszkania – ulica

.....
Miejscowość, kod

.....
Nr dowodu osobistego

ZGODA NA UDZIAŁ W EGZAMINACH

Wyrażam zgodę na udział mojej córki / mojego syna
w egzaminach, badaniach lekarskich, testach sprawnościowych i testach psychologicznych
do NLO w Płocku Szkoły Mistrzostwa Sportowego Związku Piłki Ręcznej w Polsce.

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna



SZKOŁA
MISTRZOSTWA
SPORTOWEGO ZPRP

KWIDZYN



SZKOŁA
MISTRZOSTWA
SPORTOWEGO ZPRP

PŁOCK



SZKOŁA
MISTRZOSTWA
SPORTOWEGO ZPRP

KIELCE