Załącznik nr 4

**DANE KANDYDATA/KANDYDATKI**

**DO SZKOŁY MISTRZOSTWA SPORTOWEGO ZPRP**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Imię |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | Data i miejsce urodzenia | RRRR-MM-DD |
| 4 | Adres zamieszkania | Miejscowość/KOD/Ulica/Nr |
| 5 | Telefon kontaktowy / e-mail | +48 000-00-00-00/ e-mail  |
| 6 | Imię i nazwisko oraz telefon kontaktowy i e-mail do **MATKI** / opiekunki prawnej | ANNA KOWALSKA/+48 000-00-00-00/ e-mail |
| 7 | Imię i nazwisko oraz telefon kontaktowy i e-mail do **OJCA** / opiekuna prawnego | JAN KOWALSKI/+48 000-00-00-00/ e-mail |
| 8 | Przynależność klubowa | Nazwa klubu/Adres |
| 9 | Imię i nazwisko trenera klubowego lub kadry (Narodowej lub Wojewódzkiej) / wskazany nr telefonu komórkowego | JAN NOWAK/+48 000-00-00-00 |
| 10 | Staż zawodniczy [lata] | X lat |
| 11 | Pozycja w grze / ręka dominująca [L/P] |  |
| 12 | Wysokość ciała [cm] | cm |
| 13 | Masa ciała [kg] | kg |
| 14 | Osiągnięcia sportowe |  |
| 15 | Stan zdrowia (przebyte choroby, urazy kontuzje, operacje lub inne np. wady wzroku, tarczyca, alergie) należy dołączyć pełną dokumentację dotyczącą choroby / urazu i przeprowadzonego leczenia |  |
| 16 | Średnia ocen w roku szkolnym 2019/2020 |  |
| 17 | Hobby |  |

……………………………………

 [Podpis kandydata]