Załącznik nr 6

**DANE KANDYDATA/KANDYDATKI**

**DO SZKOŁY MISTRZOSTWA SPORTOWEGO ZPRP**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Data i miejsce urodzenia** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Telefon kontaktowy / e-mail** |  |
| **Imię i nazwisko oraz telefon kontaktowy i e-mail do matki / opiekunki prawnej** |  |
| **Imię i nazwisko oraz telefon kontaktowy i e-mail do ojca / opiekuna prawnego** |  |
| **Przynależność klubowa** |  |
| **Imię i nazwisko trenera klubowego lub kadry (Narodowej lub Wojewódzkiej) / wskazany nr telefonu komórkowego** |  |
| **Staż zawodniczy [lata]** |  |
| **Pozycja w grze / ręka dominująca** |  |
| **Wysokość ciała [cm]** |  |
| **Masa ciała [kg]** |  |
| **Osiągnięcia sportowe** |  |
| **Stan zdrowia** **(przebyte choroby, urazy kontuzje, operacje lub inne np. wady wzroku, tarczyca, alergie) należy dołączyć pełną dokumentację dotyczącą choroby / urazu i przeprowadzonego leczenia** |  |
| **Średnia ocen w roku szkolnym 2018/2019** |  |
| **Hobby** |  |

|  |
| --- |
| **WYNIK TESTÓW SPRAWNOSCIOWYCH Z OSTATNICH 3 M-cy****[jeśli były realizowane]** |
| **Test Coopera** |  |
| **Bieg na 300 metrów** |  |
| **Podciąganie na drążku + ugięcia rąk** |  |
| **Bieg „po kopercie”** |  |
| **Wyskok dosiężny** |  |

……………………………………

 [Podpis kandydata]