**ZESPÓŁ SZKOLNO-PRZEDSZKOLNY**
**Szkoła Podstawowa im. mjr. H. Sucharskiego**
84-217 Szemud ul. Szkolna 4
tel. 58 676-11-10
e-mail: szkola@sp.szemud.pl
www.sp.szemud.pl

# ARKUSZ ZALICZEŃ UCZNIA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O KARTĘ ROWEROWĄ

Imię i nazwisko ucznia .....

Data urodzenia ..... Klasa .....

Szkoła ..... Miejscowość .....

Adres ucznia .....

| | | Podpis rodziców, nauczycieli lub innych upoważnionych osób | Uwagi |
|---|---|---|---|
| 1 | Opinia nauczyciela (wychowawcy) na podstawie obserwacji zachowań ucznia | Nie ma przeciwwskazań do wydania karty/ istnieją przeciwwskazania do wydania karty * | |
| 2 | Zgoda rodziców lub opiekunów na wydanie karty rowerowej | Wyrażam zgodę na wydania karty/ nie wyrażam zgody na wydanie karty* | |
| 3 | Wiadomości teoretyczne | | |
| 4 | Obsługa techniczna roweru | | |
| 5 | Umiejętności praktyczne z uwzględnieniem zasad ruchu drogowego | | |
| 6 | Pomoc przedlekarska | | |

*skreślić niewłaściwe
W pkt. 3 – 6 wypełnia osoba uprawniona do przeprowadzenia egzaminu

Kartę rowerową nr..... wydano w szkole dnia .....

**DYREKTOR SZKOŁY**

.....
(podpis i pieczęć)

**MEN – VI/28**