

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ
ZDROWOTNYCH DO UDZIAŁU
W KURSIE**

Ja niżej podpisany/-a

Zamieszkały/a-

O nr PESEL:

Oświadczam, że nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w kursie Biorę w nim udział dobrowolnie i na własną odpowiedzialność.

Oświadczam, iż zostałam/-em poinformowana/-y, że w przypadku urazów, kontuzji, wszelkich poważnych problemów zdrowotnych oraz ciąży - należy dostarczyć zgodę lekarza na brak przeciwwskazań i możliwość uczestnictwa w kursie.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis