OŚWIADCZENIE

**Ja niżej podpisany/a**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko** |  |
| **Imię** |  |
| **Ulica** |  |
| **Miasto** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Województwo** |  |
| **Nr telefonu** |  |

Niniejszym oświadczam, iż nie istnieją żadne przeciwwskazania zdrowotne do udziału

w zawodach sportowych w............................................... ...................................

oraz jednocześnie wyrażam zgodę na udzielenie pierwszej pomocy ,

jeśli taka potrzeba zaistnieje.

 ...................................................

 *data, czytelny podpis*

 OŚWIADCZENIE

**Ja niżej podpisany/a**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko** |  |
| **Imię** |  |
| **Ulica** |  |
| **Miasto** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Województwo** |  |
| **Nr telefonu** |  |

Niniejszym oświadczam, iż nie istnieją żadne przeciwwskazania zdrowotne do udziału

w zawodach sportowych w ............................................... ...................................

oraz jednocześnie wyrażam zgodę na udzielenie pierwszej pomocy ,

jeśli taka potrzeba zaistnieje.

 ...................................................