

.....

Imię i nazwisko

/nauczyciela/studenta/ osoby dorosłej*

.....

Miejscowość, data

Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych

Oświadczam, że nie mam przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia szkolenia:

.....

(nazwa szkolenia)

w terminie:

.....

podpis potencjalnego kursanta

*niepotrzebne skreślić