

.....

Miejscowość, data

.....

Imię i nazwisko /nauczyciela/osoby dorosłej*

Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych

Oświadczam, że nie mam przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia szkolenia:

.....

..... (nazwa szkolenia)

w terminie:

.....

podpis potencjalnego kursanta

*niepotrzebne skreślić