OŚWIADCZENIE PRAWNEGO OPIEKUNA

Nr pesel zawodnika ..........................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko/zaw./** |  |
| **Imię/zaw./** |  |
| **Ulica** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Województwo** |  |
| **Nr telefonu** |  |

Niniejszym oświadczam, iż nie istnieją żadne przeciwwskazania zdrowotne do udziału

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

oraz jednocześnie wyrażam zgodę na udzielenie pierwszej pomocy,

jeśli taka potrzeba zaistnieje.

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

*data, czytelny podpis*

OŚWIADCZENIE ZAWODNIKA

**Ja niżej podpisany**

Nr pesel .............................................................

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

Niniejszym oświadczam, iż nie istnieją żadne przeciwwskazania zdrowotne do udziału .

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

oraz jednocześnie wyrażam zgodę na udzielenie pierwszej pomocy ,

jeśli taka potrzeba zaistnieje.

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

*data, czytelny podpis*