

Załącznik nr 4.....
*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 kursanta)

*niepotrzebne skreślić