

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Niniejszym oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na udział w zajęciach sportowo – rekreacyjnych KUNG FU Wu SHU w Akademii Gtw

.....
Podpis uczestnika