

Poznań 15.09.2020r.

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Adres

.....  
Pesel

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż jestem świadom/świadoma zagrożeń zdrowotnych związanych z jazdą na rolkach oraz nie ma przeciwwskazań lekarskich abym wziął/wzięła udział w kursie instruktorskim sportów wrotkarskich w terminie 15.09.2020r. – 20.09.2020r. w Poznaniu.

Dodatkowo oświadczam, że biorę udział w kursie na własną odpowiedzialność.

.....  
Podpis