Załącznik nr 1

………………………dnia …………… 2020 r.

**OŚWIADCZENIE**

**O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH**

do udziału w konkurencjach sportowo-obronnych

Ja, ……………………………………………………………………………… oświadczam,

*(imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego)*

że u mojego dziecka .…………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko dziecka)*

nr PESEL ……………………………..,

nie stwierdzam przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w konkurencjach sportowo-obronnych w ramach eliminacji wojewódzkich do VI Centralnego Zlotu Klas Mundurowych 2020, organizowanych przez Wojewódzki Sztab Wojskowy   
w …………………….........

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………  *(czytelny podpis pełnoletniego uczestnika)* | …………………………………………………  *(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)* |