

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko uczestnika

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA ZAJĘĆ

Oświadczam, że jestem w pełni świadoma/y swojego stanu zdrowia/stanu zdrowia swojego dziecka* i nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do mojego udziału/udziału mojego dziecka* w zajęciach organizowanych przez Powiatową i Gminną Bibliotekę Publiczną w Jerzmanowicach

W przypadku zaistnienia przeciwwskazań jestem zobowiązany poinformować o tym Organizatora zajęć.

W powyższym zakresie uczestniczę/uczestniczy* w zajęciach na własną/moją* odpowiedzialność.

* *niepotrzebne skreślić*

.....
data i podpis