

.....  
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