OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**
O STANIE ZDROWIA DZIECKA

AKADEMIA MŁODYCH ORŁÓW
PZPN

JA NIŻEJ PODPISANY:

*Nazwisko		*Imię			
*Obywatelstwo		*Płeć		**Kobieta	**Mężczyzna
*Ulica		*Numer PESEL/Paszport***			
*Miasto		*Numer ulicy		*Numer lokalu	
*Województwo		*Kod pocztowy			
*Adres e-mail:		*Nr telefonu komórkowego			
*Numer dowodu osobistego:					

Niniejszym oświadczam, iż ***nie istnieją żadne przeciwwskazania zdrowotne*** *do udziału mojego dziecka*

Imię		Nazwisko	

w zajęciach piłkarskich w ramach Akademii Młodych Orłów oraz jednocześnie wyrażam zgodę na udzielenie pierwszej pomocy mojemu dziecku, jeśli taka potrzeba zaistnieje.

Data, Podpis ……..……..……