

.....  
Miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE  
o braku przeciwwskazań do udziału w zajęciach ruchowych**

Oświadczam, że jestem w pełni świadoma swojego stanu zdrowia i nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania ćwiczeń fizycznych. W przypadku zaistnienia przeciwwskazań poinformuję Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Dworze Mazowieckim.

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

.....

Telefon kontaktowy.....

e-mail .....

.....  
Podpis