



Załącznik nr 2

.....
Imię i nazwisko uczestnika szkolenia
(studenta, nauczyciela, osoby dorosłej)

.....
Miejscowość i data

Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych

Oświadczam, że nie mam przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w szkoleniu/kursie:

.....
(nazwa szkoleniu/kursu)

którego rozpoczęcie planowane jest na dzień:

.....
(Data i podpis uczestnika kursu/szkolenia)