

# OŚWIADCZENIE

IMIĘ NAZWISKO: .....

LAT: .....

OŚWIADCZAM , ŻE NIE POSIADAM PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO REKREACYJNEGO UPRAWIANIA NORDIC WALKING. MÓJ STAN ZDROWIA POZWALA NA UCZESTNICTWO W ZAJĘCIACH NORDIC WALKING PROWADZONYCH PRZEZ INSTRUKTORÓW I TRENERÓW SZKOŁY ACTIVE4YOU. ZAJĘCIA PODEJMUJĘ NA WŁASNA ODPOWIEDZIALNOŚĆ.

.....  
PODPIS

.....  
DATA MIEJSCOWOŚĆ