

Poznań, data.....

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE
O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH
POZWALAJĄCYM NA UCZESTNISTWO W KURSIE**

Ja, niżej podpisany/podpisana.....
oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na udział w kursie:
.....
organizowanego przez Poznańskie Centrum Kształcenia Zawodowego.

.....
podpis uczestnika