Załącznik nr

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

……
Miejscowość i

Oświadczenie o braku przeciwskazań zdrowotnych

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

……
(nazwa szkoleniu/kursu)

którego rozpoczęcie planowane jest na dzień: ……

……
(Data i podpis uczestnika
kursu/szkolenia)

KRAJOWY PLAN ODBUDOWY
Rzeczpospolita Polska
Sfinansowane przez Unię Europejską NextGenerationEU