

.....
nazwisko i imię

.....
adres zamieszkania
/kod, miejscowość, ulica, nr/

OŚWIADCZENIE

Oświadczam brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zadań animatora obiektu sportowego w ramach programu „Lokalny Animator Sportu”.

Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystaniu w pełni z praw publicznych

.....
(data i czytelny podpis)