

OŚWIADCZENIE
O BRAKU PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH
do udziału w teście sprawnościowym w ramach rekrutacji
do Liceum Ogólnokształcącego Mundurowego SPARTAKUS

Niniejszym oświadczam,
(imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego)

iz u mojego dziecka..... nr PESEL.....
(imię i nazwisko dziecka)

nie widzę przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w **teście sprawnościowym**.

Jednocześnie **wyrażam zgodę** na przeprowadzenie wszelkich niezbędnych zabiegów lub operacji w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu mojego dziecka jeżeli wystąpi taka potrzeba potwierdzona przez lekarza.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(telefon kontaktowy)

OŚWIADCZENIE
O BRAKU PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH
do udziału w teście sprawnościowym w ramach rekrutacji
do Liceum Ogólnokształcącego Mundurowego SPARTAKUS

Niniejszym oświadczam,
(imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego)

iz u mojego dziecka..... nr PESEL.....
(imię i nazwisko dziecka)

nie widzę przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w **teście sprawnościowym**.

Jednocześnie **wyrażam zgodę** na przeprowadzenie wszelkich niezbędnych zabiegów lub operacji w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu mojego dziecka jeżeli wystąpi taka potrzeba potwierdzona przez lekarza.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(telefon kontaktowy)