

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)

iż 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.

.....
(miejsowość, data)

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

.....
(telefon kontaktowy)