

Kraków dn. ....

## OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Wyrażamy zgodę na uczestnictwo mojego syna / mojej córki:

..... (imię i nazwisko dziecka)

w zajęciach sportowych.

Oświadczamy, że syn / córka nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych do uprawniania sportu.

Podpisy rodziców/ opiekunów prawnych:

.....

*(podpis matki)*

.....

*(podpis ojca)*



Stowarzyszenie Polska Akademia Piłki Nożnej  
30-404 Kraków, ul. Cegielniana 6b/8  
tel. 505 951 525, e-mail: [biuro@papn.pl](mailto:biuro@papn.pl); [www.papn.pl](http://www.papn.pl)  
KRS: 0000490599; NIP: 6793097611; REGON 123017809