

---

(Miejscowość, data)

**O Ś W I A D C Z E N I E**  
**o stanie zdrowia pozwalającym na udział**  
**w kursie instruktora/trenera<sup>1</sup> rekreacji ruchowej AWF**

---

(specjalność)

Ja, niżej podpisany(a) \_\_\_\_\_ niniejszym potwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających mi bezpieczny udział w zajęciach przewidzianych w programie kursu instruktora/trenera rekreacji ruchowej AWF, specjalność<sup>2</sup>:

---

(specjalność)

---

(czytelny podpis uczestnika)

---

<sup>1</sup> Niewłaściwe skreślić

<sup>2</sup> W programie kursu, przewidziano zajęcia ruchowe, wymagające czynnego udziału. W przypadku wątpliwości, zaleca się konsultację z lekarzem rodzinnym lub specjalistą.