
(Miejscowość, data)

O Ś W I A D C Z E N I E
o stanie zdrowia pozwalającym na udział
w kursie instruktora fitness AWF Katowice

(nazwa kursu)

Ja, niżej podpisany(a) _____ niniejszym
potwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających mi bezpieczny udział w
zajęciach przewidzianych w programie kursu instruktora fitness AWF Katowice¹:

(nazwa kursu)

(czytelny podpis uczestnika)

¹ W programie kursu, przewidziano zajęcia ruchowe, wymagające czynnego udziału. W przypadku wątpliwości, zaleca się konsultację z lekarzem rodzinnym lub specjalistą.