

Płock, dn.

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na udział w terapii oraz zobowiązuję się do przestrzegania regulaminów i zarządzeń obowiązujących na terenie obiektu. Mój stan zdrowia umożliwia mi udział w w/w zajęciach. W razie wypadku wyrażam zgodę na udzielenie pierwszej pomocy medycznej.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna