

Załącznik nr 8

imię i nazwisko uczestnika szkolenia

miejsowość i data

adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH

Oświadczam, że nie mam przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w szkoleniu/kursie:

(nazwa szkolenia/kursu)

którego rozpoczęcie planowane jest na dzień: _____
organizowanego przez Branżowe Centrum Umiejętności dla branży elektroenergetycznej
w dziedzinie Energetyka odnawialna (wodna) w Zespole Szkół Centrum Kształcenia
Rolniczego w Marszewie.



czytelny podpis uczestnika

czytelny podpis rodzica/
opiekuna prawnego*

* obowiązuje w przypadku osób niepełnoletnich