………………………dnia …………… 2019 r.

**OŚWIADCZENIE**

**O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH**

do udziału w szkoleniu dla nauczycieli klas mundurowych
z zakresu przetrwania w warunkach środowiska naturalnego

Ja, ……………………………………………………………………………… oświadczam,

 *(imię i nazwisko)*

nie stwierdzam u siebie przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w szkoleniu dla nauczycieli klas mundurowych z zakresu przetrwania w warunkach środowiska naturalnego, które odbędzie się w dniach 10 – 14 czerwca 2019 r., w Centrum szkolenia Marynarki Wojennej w Ustce.

|  |
| --- |
| ………………………………………………*(czytelny podpis uczestnika)* |