**Oświadczenia o stanie zdrowia zawodnika w kategorii Masters**

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………..

Nr PESEL: ..………………………………………………………………………………

Adres: ……………………………………………………………………………………..

Nr telefonu: ………………………………………………………………………………..

e-mail: ..……………………………………………………………………………………

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Niniejszym oświadczam, że znajduję się w stanie zdrowia umożliwiającym amatorskie uprawianie sportu pływackiego w kategorii Masters.

W pływackich zawodach sportowych organizowanych przez klub, OZP i PZP wystartuję na własną odpowiedzialność.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **data czytelny podpis składającego oświadczenie**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **data czytelny podpis przyjmującego oświadczenie**