*Załącznik nr 2*

**Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych   
do wzięcia udziału w kursie instruktorów piłki ręcznej**

Ja niżej podpisany(a)……………………………………………….………………………………

zamieszkały(a) …………………………………………………........................................

legitymujący(a) się dowodem osobistym ………………………….……………………

wydanym przez ……………………………………….................................................

świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 k.k. (podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala mi na wzięcie udziału w kursie instruktorów piłki ręcznej organizowanym przez Warszawsko-Mazowiecki Związek Piłki Ręcznej.

…………………………………………

(data, podpis)