............................................., dnia .............................

...............................................
*imię i nazwisko*
...............................................

*miejsce zamieszkania*

...............................................
*kontakt*

Oświadczenie

Ja niżej podpisana oświadczam, iż mój stan zdrowia pozwala mi na uczestnictwo w Kursie samoobrony dla kobiet.

...........................................

*data i podpis*