............................................., 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*