

Zaświadczenie lekarskie

Zaświadczam, że Pan, Panizgłoszona/y
do udziału w XI Wojewódzkim Konkursie Twórczości Osób Niepełnosprawnych w Mroczy
w konkurencji **przeciąganie liny**.

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na udział w/w .

.....
Data i podpis lekarza

Ja niżej podpisana/ podpisany wyrażam zgodę na udział syna/ córki
..... w XI Wojewódzkim Konkursie Twórczości Osób
Niepełnosprawnych w Mroczy w konkurencji – przeciąganie liny .

.....
Data i podpis rodzica
lub opiekuna prawnego