



Sport
Emocje
Sukces



Warszawa, dnia / Varsovie, le.....

OŚWIADCZENIE / DECLARATION

Ja niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym o numerze.....
oświadczam, że nie ma zdrowotnych przeciwwskazań uniemożliwiających mi wzięcie udziału w XI Turnieju Halowej Piłki Nożnej o Puchar CCIFP, który zostanie rozegrany 5 kwietnia 2014 roku w Hali Sportowej przy ulicy Księcia Bolesława 1/3 w Warszawie.
Niniejszym biorę odpowiedzialność za prawdziwość podanych wyżej informacji dotyczących mojego stanu zdrowia.

Je soussigné(e), le numéro de la pièce d'identité :

.....
déclare qu'il n'y a aucune contre-indication médicale qui empêche ma participation au XIe Tournoi de Football en Salle pour la Coupe de la CCIFP, qui se déroulera le 5 avril 2014 à la Halle des Sports: 1/3, rue Księcia Bolesława à Varsovie.

Je confirme l'authenticité des informations citées ci-dessus.

Podpis / Signature:

.....