

OŚWIADCZENIE / DECLARATION

Ja niżej podpisany,
legitymujący się dowodem osobistym o numerze.....
oświadczam, że nie ma zdrowotnych przeciwwskazań uniemożliwiających mi wzięcie udziału w XIII
Turnieju Halowej Piłki Nożnej o Puchar CCIFP, który zostanie rozegrany 8 kwietnia 2017 roku w Hali
Sportowej przy ulicy Księcia Bolesława 1/3 w Warszawie.
Niniejszym biorę odpowiedzialność za prawdziwość podanych wyżej informacji dotyczących mojego
stanu zdrowia.

Podpis:

Warszawa, dnia

.....

Je soussigné(e),
carte d'identité n° :
déclare, qu'il n'y a aucune contre-indication médicale qui empêche ma participation au XIII ème
Tournoi de Football pour la Coupe de la CCIFP, qui se déroulera le 8 avril 2017 à la Halle des Sports :
1/3, rue Księcia Bolesława à Varsovie.

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

Signature :

Varsovie, le

.....