

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 09 kwietnia 2016 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 09 avril 2016 à la Halle des Sports
: 1/3, rue Księcia Bolesława à Varsovie.

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

Signature : Varsovie, le

.....