



**SOCCER  
SCHOOLS**

Warszawa,.....

.....  
/imię i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych/

.....  
/adres/

.....  
/telefon/

## **Oświadczenie o stanie zdrowia dziecka**

Oświadczam, że stan zdrowia dziecka .....  
/Nazwisko Imię/

pozwała na uczestniczenie w testach sprawnościowych, przeprowadzanych w celu określenia predyspozycji sportowych dziecka.

.....  
(podpisy rodziców/opiekunów prawnych)

**FUNDACJA LEGIA SOCCER SCHOOLS**

ul. Łazienkowska 3, 00-449 Warszawa, tel.: + 48 22 318 20 17, e-mail: kontakt@legiasoccerschools.pl

REGON 362592359; NIP 701-05-09-068