



# I Memoriał Sławka Siudowskiego

Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych

Oświadczam, iż nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w Turnieju Piłki Ręcznej – I Memoriał Sławka Siudowskiego

Nazwa drużyny: .....

| Lp  | Imię i nazwisko | podpis |
|-----|-----------------|--------|
| 1.  |                 |        |
| 2   |                 |        |
| 3.  |                 |        |
| 4.  |                 |        |
| 5.  |                 |        |
| 6.  |                 |        |
| 7.  |                 |        |
| 8.  |                 |        |
| 9.  |                 |        |
| 10. |                 |        |

