



AKADEMICKI PUCHAR POLSKI W NARCIARSTWIE ALPEJSKIM

AKADEMICKI ZWIĄZEK SPORTOWY
WARSZAWA

ul. Szpitalna 5/19, 00-031 Warszawa
tel. 022 827 28 63

mail: wintercup@azs.pl www.wintercup.pl

INDYWIDUALNE OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Uczelnia

Niniejszym oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala na udział w rywalizacji sportowej w ramach AZS Winter Cup 2024/2025

Oświadczam, że znam Regulamin AZS Winter Cup 2024/2025 i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Uprowadzony o odpowiedzialności karnej z art. 272 Kodeksu karnego za wyłudzenie poświadczenia nieprawdy lub podstępne wprowadzenie w błąd, potwierdzam prawdziwość powyższych danych własnoręcznym podpisem.

(miejscowość, data)

(podpis)