....................................................

 /pieczątka jednostki zgłaszającej/ /miejscowość, data/ ……………..…………………

# OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

* opiekun drużyny posiada pisemne upoważnienia rodziców/opiekunów prawnych do decydowania o sposobie leczenia zawodników uczestniczących
w **Ogólnopolskich Zawodach Sportowo-Pożarniczych Młodzieżowych Drużyn Pożarniczych w dniu 27sierpnia 2021 r. w Koninie**w składzie drużyny …………………………………………………………..
* stan zdrowia wszystkich zawodników wyżej wymienionej drużyny pozwala im na udział w **Ogólnopolskich Zawodach Sportowo-Pożarniczych Młodzieżowych Drużyn Pożarniczych w dniu 27sierpnia 2021 r. w Koninie**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………….……………….Zgłaszający(pieczęć i podpis osoby uprawnionejdo zgłoszenia drużyny na zawody) |