**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany ……
(imię i nazwisko)

oświadczam, że mój aktualny stan zdrowia pozwala mi na udział w II Pływackim Memoriale dr. Kordiana Lacha – Rodzinnych Zawodach organizowanych dn. 6 grudnia 2026r. przez SWIM TEST, NIP 6751429037.

…… ……
Miejscowość, data Czytelny podpis rodzica/opiekuna