

Poradnia Medycyny Sportowej
Warszawskiego Szpitala dla Dzieci SPZOZ
W Przychodni Specjalistycznej dla Dzieci i
Młodzieży
00-570 Warszawa, Al. Wyzwolenia 6
tel. 022 83 05 498



Warszawa, _____

Zgoda na uczestnictwo w programie zdrowotnym „Ocena sprawności i wydolności fizycznej oraz predyspozycji do uprawiania dyscyplin sportowych przez dzieci i młodzież zamieszkałą w m.st. Warszawie” finansowanym z budżetu m.st. Warszawy.

Nazwisko i imię _____
uczestnika programu

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Podpis zawodnika powyżej 16 roku życia

Podpis rodzica/opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej

Poradnia Medycyny Sportowej
Warszawskiego Szpitala dla Dzieci SPZOZ
W Przychodni Specjalistycznej dla Dzieci i
Młodzieży
00-570 Warszawa, Al. Wyzwolenia 6
tel. 022 83 05 498



Warszawa, _____

Zgoda na uczestnictwo w programie zdrowotnym „Ocena sprawności i wydolności fizycznej oraz predyspozycji do uprawiania dyscyplin sportowych przez dzieci i młodzież zamieszkałą w m.st. Warszawie” finansowanym z budżetu m.st. Warszawy.

Nazwisko i imię _____

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Podpis zawodnika powyżej 16 roku życia

Podpis rodzica/opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej