



II Memoriał Sławka Siudowskiego

Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych

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

Nazwa drużyny:

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

