

Cieszyn, dnia

.....
(Imię i nazwisko)

.....
.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Nazwa drużyny)

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na udział w rozgrywkach Cieszyńskiej Amatorskiej Ligi Futsalu w sezonie 2017/2018. Jednocześnie oświadczam iż będę w nich uczestniczył na własną cywilną odpowiedzialność.

.....
(podpis zawodnika)