

.....

(imię i nazwisko)

.....

adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej oświadczam, że posiadam/nie posiadam* przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zakresu obowiązków Wychowawcy w placówce wsparcia dziennego

Data,

(podpis)

* niepotrzebne skreślić