

_____, dnia _____

Imię i nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

Oświadczenie o posiadaniu karty zdrowia

Oświadczam, że posiadam aktualną kartę zdrowia na sezon rozgrywkowy:

podać sezon rozgrywkowy

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis