

..... dnia .....

Imię 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