

.....

(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 - Świetlicy Środowiskowej.

Data, .....

.....

(podpis)

\* niepotrzebne skreślić