

## OŚWIADCZENIE

### ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH\*

Ja ..... niżej podpisany/ a\*  
niniejszym wyrażam/y zgodę na korzystanie z usług **Klubu Life Health Fitness** mojego syna/  
córki/podopiecznego

.....  
Imię i nazwisko

Miejsce zamieszkania (pełny adres).....

.....  
Dowód osobisty ..... tel. kontaktowy: .....

(Seria i numer)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

.....