

Zielona Góra, dnia: .....

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH  
DO UDZIAŁU W: „ROCZNYM KURSIE KOSMETYCZNYM”**

Ja niżej podpisany(a) .....

zamieszkały(a) .....

legitymujący(a) się dowodem osobistym .....

wydanym przez .....

Telefon: .....

Pesel: .....

świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 k.k. (podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) oświadczam, że nie istnieją żadne przeciwwskazania zdrowotne do mojego czynnego uczestnictwa w w/w szkoleniu, w szczególności:

1. jestem dobrego stanu zdrowia i nie stwierdzono u mnie żadnego schorzenia uniemożliwiającego czy utrudniającego mi udział w w/w szkoleniu;
2. uczestnicząc w w/w szkoleniu zobowiązuję się do dostosowania intensywności i rodzaju działań do swojego stanu zdrowia, samopoczucia i kondycji fizycznej;
3. mam świadomość, że w przypadku problemów zdrowotnych oraz ciąży muszę mieć zgodę lekarza na udział w/w oraz bezwzględnie poinformować niezwłocznie o tym fakcie BEAUTYEXPERT Sp. z o.o.

Mój obecny stan zdrowia potwierdza aktualne zaświadczenie lekarskie.

**W przypadku zaistnienia przeciwwskazań poinformuję niezwłocznie BEAUTYEXPERT Sp. z o.o.**

Oświadczam również, że zapoznałam/em/ się z Regulaminem szkolenia.

.....  
(czytelny podpis)

\*niewłaściwe skreślić