OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie potwierdzające zdolność do udziału w zawodach sportów walki oraz ważne ubezpieczenie NNW obejmujące ryzyko związane z uczestnictwem w amatorskich zawodach sportowych.

Oświadczam, że powyższe dokumenty zachowują ważność na dzień **24 października 2026 roku**, tj. w dniu zawodów **ADCC POLAND OPEN**, które odbędą się w **Nowa Iwiczna**.

.....
IMIĘ I NAZWISKO (DRUKOWANYMI LITERAMI)

.....
Data i podpis