………………………………, dn. ……………2021r.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że syn ………………………………………….. …….………………… lat ……… nie choruje ani nie był diagnozowany w kierunku niżej wymienionych chorób:

* Dystrofia mięśniowa DMD
* Schorzenia kardiologiczne
* Zaburzenia krążenia
* Zaburzenia układu oddechowego,
* Nadciśnienie
* Padaczka
* Choroby skórne: atopia, łuszczyca
* W tych chorobach kołderkę obciążeniową stosujemy tylko za zgodą lekarza specjalisty.

…………………………………………………

*Podpis Rodzica*