

Oleśnica, dnia \_\_\_\_\_

## OŚWIADCZENIE

Oświadczenie opiekuna uczestnika o braku przeciwwskazań do udziału w warsztatach w cyklu „ <b>Bajkowy Przepis: Czytaj, Gotuj, Smakuj</b> ”.	
Nazwa warsztatów	Bajkowy Przepis: Czytaj, Gotuj, Smakuj.
Osoba prowadząca	Beata Papierz

*Uwaga: W przypadku pytań czy wątpliwości co do treści i znaczenia poniższego oświadczenia, prosimy skonsultować się z Organizatorem lub osobą prowadzącą warsztaty.*

Dane osoby składającej oświadczenie

\_\_\_\_\_

*(czytelnie imię i nazwisko opiekuna)*

Oświadczam, że moje dziecko \_\_\_\_\_

*(czytelne imię i nazwisko dziecka)*

nie ma stwierdzonej alergii pokarmowej.

Podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do udziału w warsztatach.

\_\_\_\_\_

*(czytelny podpis)*