

pieczęćka przychodni

..... dnia



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że może uczestniczyć w kursie żeglarskim. Brak jest przeciwwskazań do uprawiania sportów wodnych (w tym żeglarstwa).

Inne uwagi lekarza :

.....
.....
.....

.....
(pieczęć, numer statystyczny i podpis lekarza)

pieczęćka przychodni

..... dnia



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że może uczestniczyć w kursie żeglarskim. Brak jest przeciwwskazań do uprawiania sportów wodnych (w tym żeglarstwa).

Inne uwagi lekarza :

.....
.....
.....

.....
(pieczęć, numer statystyczny i podpis lekarza)