

pieczęć przychodni

.....dnia.....



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdza się, że

(imię i nazwisko uczestnika)

data i miejsce urodzenia

może uczestniczyć w kursie motorowodnym. Brak jest przeciwwskazań do uprawiania żeglarstwa.

Uwagi lekarza:

.....
.....

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