

pieczęćka przychodni

..... dnia



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdza się, że
(imię i nazwisko)

data i miejsce urodzenia

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

Uwagi lekarza:

.....
.....

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