

pieczęć 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)

pieczęć 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)