

pieczęć przychodni

.....dnia.....



## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Stwierdza się, że.....

(imię i nazwisko)

data i miejsce urodzenia.....

może uczestniczyć w kursie motorowodnym.

Brak jest przeciwwskazań do uprawiania żeglarstwa.

Uwagi lekarza:

.....  
.....

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