



## 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)

---