

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)