

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)