

..... dnia .....

## OPINIA LEKARZA

Stwierdzam, że ..... może uczestniczyć w kursie motorowodnym\*/ żeglarskim \* . Brak jest przeciwwskazań do uprawiania motorowodnictwa\*/ żeglarstwa i sportów wodnych na jachtach motorowych i żaglowych.

Inne uwagi lekarza: .....

\* niepotrzebne skreślić

.....  
pieczęć i podpis lekarza