



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla instruktorów żeglarstwa

Stwierdza się, że
(imię i nazwisko)

data i miejsce urodzenia jest zdolny / zdolna *

do uprawiania żeglarstwa oraz brak jest przeciwwskazań do pełnienia przez w.w. funkcji opiekuna i instruktora.

Uwagi lekarza:
.....
.....
.....
.....

..... dnia
(miejsowość)

.....
pieczęćka numer statystyczny i podpis lekarza

* / niepotrzebne skreślić