



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla kandydatów na stopień Instruktora Żeglarstwa Deskowego PZZ

Stwierdza się u
(imię i nazwisko)

data i miejsce urodzenia

brak przeciwwskazań do uprawiania żeglarstwa.

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

....., dnia
(miejscowość)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

* niepotrzebne skreślić