*szkolenia*

*piecz*ęć *organizatora*

*Druk nr 13*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dla kandydatów na stopień Instruktora Żeglarstwa Deskowego PZŻ

**Stwierdza si**ę **u** ..........................................................................................................................................................

*(imi*ę *i nazwisko)*

data i miejsce urodzenia .............................................................................................................................................

brak przeciwwskazań do uprawiania żeglarstwa.

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

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

.................................................. , dnia ............................

.............................................

*(miejscowo*ść*)*

*(podpis i piecz*ą*tka lekarza)*

*\* niepotrzebne skre*ś*li*ć