

(pieczęć przychodni)

..... dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdza się, że
(imię i nazwisko)

data i miejsce urodzenia

może uczestniczyć w kursie motorowodnym. Brak jest przeciwwskazań do
uprawiania sportów motorowodnych.

Uwagi lekarza :

.....
.....

.....
(pieczęć numer statystyczny i podpis lekarza)