

pieczęć przychodni

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdza się, że
(imię i nazwisko)

data i miejsce urodzenia

może uczestniczyć w szkoleniu Ratowników Wodnych.

Brak jest przeciwwskazań do uprawiania sportów wodnych.

Uwagi lekarza:

.....
.....

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