pieczątka przychodni ..... dnia .....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdza się, że .....
(imię i nazwisko)

data i miejsce urodzenia .....

może uczestniczyć w kursie żeglarskim. Brak jest przeciwwskazań do uprawiania żeglarstwa.

Uwagi lekarza:

.....

.....

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