

.....
(pieczęć przychodni lub praktyki prywatnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdza się, że u (nazwisko i imię)
urodzonego/-nej (dzień, miesiąc i rok urodzenia).....

brak jest przeciwwskazań lekarskich do uprawiania sportów motorowodnych.

Ewentualne uwagi lekarza
.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)