

....., dnia

OPINIA LEKARZA

Stwierdzam, że może uczestniczyć
w obozie żeglarskim. Brak przeciwwskazań do uprawiania żeglarstwa.

Inne uwagi lekarza:

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

....., dnia

OPINIA LEKARZA

Stwierdzam, że może uczestniczyć
w obozie żeglarskim. Brak przeciwwskazań do uprawiania żeglarstwa.

Inne uwagi lekarza:

.....
(podpis i pieczęć lekarza)