

OPINIA LEKARZA

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

Inne uwagi lekarza:

(podpis i pieczęć lekarza)

OPINIA LEKARZA

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

Inne uwagi lekarza:

(podpis i pieczęć lekarza)