

..... dnia .....

## **OPINIA LEKARZA**

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

Inne uwagi lekarza .....

.....  
pieczęć i podpis lekarza

..... dnia .....

## **OPINIA LEKARZA**

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

Inne uwagi lekarza .....

.....  
pieczęć i podpis lekarza

..... dnia .....

## **OPINIA LEKARZA**

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

Inne uwagi lekarza .....

.....  
pieczęć i podpis lekarza