

Pieczęć nagłówkowa

....., dnia .....  
 miejscowość data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia ..... PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania .....

**Brak przeciwwskazań/obecność przeciwwskazań** do uprawiania.....

.....  
 pieczęć i podpis lekarza

\*niepotrzebne skreślić



Pieczęć nagłówkowa

....., dnia .....  
 miejscowość data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia ..... PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania .....

**Brak przeciwwskazań/obecność przeciwwskazań** do uprawiania.....

.....  
 pieczęć i podpis lekarza

\*niepotrzebne skreślić



Pieczęć nagłówkowa

....., dnia .....  
 miejscowość data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia ..... PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania .....

**Brak przeciwwskazań/obecność przeciwwskazań** do uprawiania.....

.....  
 pieczęć i podpis lekarza

\*niepotrzebne skreślić