Załącznik nr 2

MISTRZOSTWA POLSKI PŁETWONURKÓW W PŁYWANIU DŁUGODYSTANSOWYM

Orzysz 26 - 27.06.2010 r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wypełnia Lekarz!

Nazwisko:

Imię:

Data Urodzenia (rok-miesiąc-dzień):

				-			-		

Decyzja lekarza: .....

Data i miejsce: .....

.....

Podpis i pieczątka
lekarza