

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam , że
(imię i nazwisko kandydata do szkolenia żeglarskiego)

PESEL może uczestniczyć w szkoleniu żeglarskim.

Brak jest przeciwwskazań do uprawiania żeglarstwa i innych sportów wodnych.

Uwagi lekarza:
.....
.....

.....
(pieczęć, numer statystyczny i podpis lekarza)



Stowarzyszenie
Instruktorów i Trenerów Żeglarstwa HALS
www.hals-sitz.org.pl

System Szkolenia Żeglarskiego HALS
Programy Szkolenia Żeglarskiego na wodach śródlądowych i na wodach morskich
certyfikaty: **ZAŁOGANT, ŻEGLARZ, ZAŁOGANT morski, ŻEGLARZ morski**