

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego.....

( imię i nazwisko)

urodzony/a dnia..... miesiąca .....roku.....w .....

zamieszkały/a w..... kandydata

na KURS TRENERA JUDO

1. brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia .....

....., dnia.....

.....

pieczęć i podpis lekarza



.....

imię i nazwisko

.....

## OŚWIADCZENIE

W przypadku przyjęcia mnie na kurs zobowiązuje się do ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z odbywanym kursem.

.....

podpis