



tel. 694 852 177, 694 655 766

e-mail: kursy@efib.pl

Poznań, dnia.....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
NA POTRZEBY KURSU INSTRUKTORA**

.....  
**Pieczęć jednostki organizacyjnej**

(statystyczny numer identyfikacyjny REGON)

Pan(i) .....

(imię i nazwisko)

Numer dowodu tożsamości .....urodzony(a) dnia ..... miesiąca ..... roku .....

zamieszkały(a) w .....

**rozpoznanie - zdrowy - nie ma przeciwwskazań do udziału w kursie: Instruktora w specjalności**

.....

(w określonej dyscyplinie sportu)

**Nie ma przeciwwskazań do wykonywania zawodu Instruktora w specjalności:**

.....

(w określonej dyscyplinie rekreacji lub sportu)

.....

(podpis i pieczęć lekarza przeprowadzającego badanie)