

....., dnia .....r.  
(miejsowość)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia. ....

Nazwa i nr dow. tożsamości\* .....

Zamieszkały(a): .....-....., ul. .... nr ..... m. ....

Rozpoznanie\*\* : Stwierdzam, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do uprawiania PŁYWANIA.

Ewentualne przeciwwskazania / zalecenia: .....  
.....

Cel wydania zaświadczenia: Przedłożenie w Klubie.

---

Pieczęć i podpis lekarza

\* Wypełnia\_ tylko w przypadkach uzasadnionych

\*\* W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest to konieczne bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej.