



KLUB ŠPORTOVÉHO POTÁPANIA HIPPOCAMPUS MARTIN

IČO: 35 652 926

DIČ: 2020607006

POTVRDENIE O ZDRAVOTNOM STAVE

Žiadateľ o potvrdenie:

Meno a priezvisko kurzistu:

Adresa bydliska:

Mesto a PSČ:

Dátum narodenia:

Kontaktný email:

Kontaktný telefón:

Vyjadrenie lekára:

Zdravotný stav kurzistu pre absolvovanie potápačského kurzu so stlačeným
vzduchom:

Vyhovuje Nevyhovuje

Poznámky lekára:

.....
.....
.....

Podpis lekára a pečiatka:

Dátum vyšetrenia:

.....

* Nehodiace sa prečiarknite