



..... dn. ....201.. r.  
Miejscowość data

## ORZECZENIE LEKARSKIE

### Medical certificate

(dopuszczające do zajęć nurkowych, certyfikat of fitness for dives)

Stwierdzam że:

Pani/Pan ..... lat .....  
zamieszkała/y .....

Nie stwierdzam przeciwwskazań do turystycznego uprawiania płetwonurkowania.

Uwagi .....

Orzeczenie ważne przez okres 1 roku.

Pieczętka i podpis lekarza

Doktor signature and stamp