

Lékařské posouzení zájemce o kurz potápění s přístrojem

Vyplňte prosím hůlkovým písmem

jméno

příjmení

bydliště

datum
narození

telefon

e-mail

Jméno a adresa Vašeho rodinného nebo osobního lékaře

lékař

adresa

telefon

Posouzení lékaře

Výše uvedená osoba chce absolvovat kurz přístrojového potápění.
Žádáme o posouzení fyzického stavu žadatele.

schopen / fit to dive

neschopen - nedoporučuji přístrojové potápění / not fit to dive

žadatel splňuje podmínky lékařské prohlídky na přístrojové potápění

podpis a razítko lékaře

datum
