

.....dnia.....r.

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię.....

Data urodzenia.....

Nazwa i nr dow.tożsamości\*.....

Zamieszkały(a).....

Rozpoznanie\*\* : Stwierdzam, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do rekreacyjnego uprawiania AIKIDO i wykonywania ćwiczeń ogólnorozwojowych.

Ewentualne przeciwwskazania / zalecenia:.....

.....

.....

Cel wydania zaświadczenia: Przedłożenie w Klubie Aikido „Budowork Dojo”.

.....

*Pieczęć i podpis lekarza*

\*Wypełniać 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.