

.....  
miejsowość, data

## **ZAŚWIADCZENIE**

Zaświadcza się, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych, aby

.....  
imię i nazwisko

urodzony(a) ..... W .....  
data miejscowość

był(a) wychowawcą, kierownikiem\* na koloniach / obozach z dziećmi  
i młodzieżą.

.....  
pieczęć i podpis lekarza

\*niepotrzebne skreślić