

.....  
Pieczęć jednostki organizacyjnej służby medycznej  
(statystyczny numer identyfikacyjny REGON)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Pana(i).....  
(imię i nazwisko)

urodzony(a) .....

zamieszkały(a).....

.....

W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na Pielgrzymce Rowerowej nie stwierdza się przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w 21 Szczecińskiej Pielgrzymce Rowerowej na Jasną Górę w dniach 9 – 15 lipca 2012 w warunkach:

- przejazdu rowerem w ciągu 7 dni ok.90 km dziennie,
- ciągłej jazdy rowerem przez ok. 1 godzinę. ze średnią prędkością ok. 18 km/h
- dziennego czasu jazdy rowerem wynoszącego łącznie ok.8 godzin

Uwagi lekarza:

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

....., dnia ..... r.

(podpis i pieczęć lekarza przeprowadzającego  
badanie)

.....  
Pieczęć jednostki organizacyjnej służby medycznej  
(statystyczny numer identyfikacyjny REGON)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Pana(i).....  
(imię i nazwisko)

urodzony(a) .....

zamieszkały(a).....

.....

W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na Pielgrzymce Rowerowej nie stwierdza się przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w 21 Szczecińskiej Pielgrzymce Rowerowej na Jasną Górę w dniach 9 – 15 lipca 2012 w warunkach:

- przejazdu rowerem w ciągu 7 dni ok.90 km dziennie,
- ciągłej jazdy rowerem przez ok. 1 godzinę. ze średnią prędkością ok. 18 km/h
- dziennego czasu jazdy rowerem wynoszącego łącznie ok.8 godzin

Uwagi lekarza:

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

....., dnia ..... r.

(podpis i pieczęć lekarza przeprowadzającego  
badanie)