

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Pana(i).....
(imię i nazwisko)

urodzon(a)

zamieszkały(a).....
.....

W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na pielgrzymce rowerowej nie stwierdza się przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w Szczecińskiej Pielgrzymce Rowerowej na Jasną Górę 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)

urodzon(a)

zamieszkały(a).....
.....

W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na pielgrzymce rowerowej nie stwierdza się przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w Szczecińskiej Pielgrzymce Rowerowej na Jasną Górę 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)