

Imię Nazwisko

\_\_\_\_\_

Data:

Ta osoba jest kandydatem na kurs nurkowania rekreacyjnego czy technicznego lub jest certyfikowanym nurkiem (nurkowanie z użyciem sprzętu powietrznego). Proszę o podanie opinii o kandydacie.

### **Opinia lekarza**

- Brak przeciwwskazań do nurkowania
- Ta osoba nie powinna nurkować.

Uwagi :

Lekarz \_\_\_\_\_ Podpi lekarza \_\_\_\_\_