

Zdravstvena delovna organizacija: \_\_\_\_\_

## ZDRAVNIŠKO POTRDILO

Priimek in ime otroka: \_\_\_\_\_ Rojen: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

Namen izdaje potrdila:                    POTRDILO

Osnovni anamnestični podatki in podatki o rezultatu zdravniškega pregleda ter mnenje v zvezi z namenom uporabe zdravniškega potrdila:

IZ ZDRAVSTVENIH RAZLOGOV PRIPOROČAMO LETOVANJE NA MORJU V ORGANIZACIJI Medobčinskega društva prijateljev mladine Sežana.

Ime in priimek zdravnika: \_\_\_\_\_

Podpis zdravnika: \_\_\_\_\_ žig: \_\_\_\_\_

Kraj: \_\_\_\_\_ datum: \_\_\_\_\_