

POTVRZENÍ

JMÉNO A PŘÍJEMNÍ:	
ADRESA:	
DATUM NAROZENÍ:	

Potvrzuji, že jmenovaná/ý

je po zdravotní stránce schopná/ý absolvovat rekvalifikační kurz pro rekvalifikaci sportovní masáže.

V.....

podpis a razítko lékaře

dne.....