Załącznik nr 5

.....
miejscowość, data

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E

Zaświadcza się, że stan zdrowia

Pani/Pana: .....
Imię i nazwisko *data i miejsce urodzenia*

pozwala pełnić funkcję sędziego sportowego w sporcie samochodowym .

.....
podpis i pieczątka lekarza