

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
data i miejsce urodzenia

\_\_\_\_\_  
adres

Rozpoznanie:

**Stwierdzam, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych  
do rekreacyjnego uprawiania Aikido.**

Ewentualne przeciwwskazania / zalecenia\*: \_\_\_\_\_

Cel wydania zaświadczenia: **przedłożenie w sekcji Aikido.**

\_\_\_\_\_  
pieczętka, podpis lekarza

\*) W rozpoznaniu nie należy umieszczać rozpoznania choroby,  
jeżeli ze względu na cel wydania zaświadczenia nie jest to konieczne lub stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej



合  
氣  
道  
松  
内

ul. Orła Białego 28/4  
78-449 Borne Sulinowo

NIP: 673-18-41-220  
REGON: 320344080  
KRS: 0000278070

aikido@matsunai.com  
www.matsunai.com

PKO BP Q/Szczecinek  
97 1020 2791 0000 7802 0108 6701

