



AEROKLUB JOSEFA FRANTIŠKA PROSTĚJOV

POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI

Titul, příjmení a jméno:	Narozen(a):
	Rodné číslo:
Adresa trvalého bydliště:	
<p>Letecký lékař potvrzuje tímto, že žadatel je po stránce zdravotní způsobilosti schopen jako parašutista.</p>	
..... datum podpis lékaře