

# Stowarzyszenie Freediving Poland

member of AIDA International



- 
- ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O ZDOLNOŚCI DO UPRAWIANIA FREEDIVINGU
  - MEDICAL FITNESS CERTIFICATE FOR APNEA DIVING
- 

IMIĘ/NAME:

---

Osoba została przebadana. Nie znaleziono żadnych przeciwwskazań medycznych do uprawiania nurkowania na zatrzymanym oddechu.

This person has been medically examined. No medical condition considered to present an absolute contraindication to apnea-diving has been found.

---

NASTĘPNE BADANIE/NEXT EXAMINATION

---

MIASTO/PLACE:

DATA/DATE:

---

LEKARZ (PODPIS, PIECZĄTKA) / PHYSICIAN (SIGNATURE, STAMP)

---