

**ZDRAVOTNÍ PROHLÍDKA OD URČENÉHO LETECKÉHO LÉKAŘE**

---

Jméno a příjmení: .....

Č.OP: .....

Jmenovaný (-á) **JE** způsobilý (-á) absolvovat parašutistický výcvik včetně seskoku padákem.

Omezení:

.....

Datum vyšetření

.....

Podpis a razítko určeného lékaře