

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

.....
imię i nazwisko, data urodzenia

Nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udziału
w
XIX Mistrzostwach Gniezna i Powiatu Gnieźnieńskiego w Dwuboju Obronnym i Pojedynku Strzeleckim

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

.....
imię i nazwisko, data urodzenia

Nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udziału
w
XIX Mistrzostwach Gniezna i Powiatu Gnieźnieńskiego w Dwuboju Obronnym i Pojedynku Strzeleckim

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

.....
imię i nazwisko, data urodzenia

Nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udziału
w
XIX Mistrzostwach Gniezna i Powiatu Gnieźnieńskiego w Dwuboju Obronnym i Pojedynku Strzeleckim