

# POTVRZENÍ O LÉKAŘSKÉ PROHLÍDCE

---

JMÉNO .....

PŘÍJMENÍ .....

RODNÉ ČÍSLO .....

DRŽITEL ŘIDIČ. PRŮK. č. ....

VYŠETŘEN DNE .....

JMENOVANÝ JE – NENÍ ZDRAVOTNĚ  
ZPŮSOBILÝ K ŘÍZENÍ MOT. VOZIDEL

.....

SKUPINY .....

POZNÁMKA .....

RAZÍTKO:

PODPIS:

VYŠETŘEN DNE.....  
JMENOVANÝ JE – NENÍ ZDRAVOTNĚ  
ZPŮSOBILÝ K ŘÍZENÍ MOT. VOZIDEL  
.....  
SKUPINY ..  
POZNÁMKA .....

RAZÍTKO:

PODPIS:

---

VYŠETŘEN DNE.....  
JMENOVANÝ JE – NENÍ ZDRAVOTNĚ  
ZPŮSOBILÝ K ŘÍZENÍ MOT. VOZIDEL  
.....  
SKUPINY ..  
POZNÁMKA .....

RAZÍTKO:

PODPIS: