

Zdravstveni dom _____

ZDRAVNIŠKO POTRDILO

Na podlagi zdravstvenega pregleda menim, da je (ime in priimek) _____

_____, rojen _____,

stanujoč _____

telesno in duševno sposoben za kolesarjenje in hojo 8 do 10 ur dnevno do nadmorske višine
2.500 m.

Datum izdaje potrdila:

Žig

Podpis zdravnika:

----- ✂ ----- ✂ -----

PLANINSKA ZVEZA SLOVENIJE

KOMISIJA ZA TURNO KOLESARJENJE

Dvoržakova 9, 1000 Ljubljana ☎ 01 434-56-89

I Z J A V A

**o zdravstveni primernosti kandidata(ke) za delo
turno kolesarskega vodnika**

Ime in priimek: _____

Datum in kraj rojstva: _____

Naslov stalnega bivališča: _____

"Polno se zavedam, da je opravljanje dela turno kolesarskega vodnika zahtevno in moram za to imeti določene fizične in psihične sposobnosti. Zato odgovorno in v najboljši veri izjavljam, da se čutim za to delo tako fizično kot tudi psihično povsem sposobnega(o), zdravega(o), kar pomeni, da nimam nobenih takšnih reči, lastnosti ali kaj podobnega, ki bi mi lahko preprečevale, zmanjševale ali celo onemogočale to aktivnost."

V/na: _____, dne _____

Lastnoročni podpis:
