

**POTWIERDZENIE PRZEZ PRAWNYCH OPIEKUNÓW
OŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO**

1. Ja niżej podpisany

zamieszkały

nr dowodu osobistego

2. Ja niżej podpisana

zamieszkała

nr dowodu osobistego

Będąc /rodzicami / prawnymi opiekunami / jedynym rodzicem / jedynym prawnym opiekunem*.

.....
imię i nazwisko niepełnoletniego

Potwierdzam/y , że nie występują u naszego syna / córki / wychowanka* wymienione w powyższym rozporządzeniu schorzenia lub ułomności ograniczające bezpieczne wykonywanie czynności lotniczych.

A w przypadku ich wystąpienia zobowiązujemy się do niedopuszczenia syna/córki/wychowanka do wykonywania czynności lotniczych .

* - niepotrzebne skreślić

.....
podpis ojca / prawnego opiekuna

.....
podpis matki / prawnej opiekunki

Potwierdzenie podpisu ojca i matki:

.....
Miejscowość i data. Podpis i pieczęć osoby stwierdzającej własnoręcznie podpisu,