

....., dn.

Imię i Nazwisko

Adres

.....

PESEL

Dowód osobisty nr

Oświadczam, że stan mojego zdrowia nie budzi zastrzeżeń i pozwala mi na uprawianie paralotniarstwa. Nie mam żadnych wrodzonych ani nabytych patologii, żadnej czynnej albo utajonej, ostrej lub przewlekłej choroby, żadnych skutków ubocznych terapii lekami, oraz przyjmowania jakichkolwiek innych substancji, które mogłyby spowodować zaburzenia funkcjonalne, uniemożliwiające bezpieczne wykonywanie czynności lotniczych.

.....

podpis