Изјава

Јас­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_од \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ изјавувам дека се чувствувам здрав/а и способен/способна за вршење на планинарско-рекреативни активности.\*

\*ПК Дипсакус согласно правилникот на медицинската комисија при ФПСМ им препорачува на своите членови систематски или периодичен здравствен преглед.

Датум: Потпис:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_