



## Přihláška do ZÁKLADNÍHO KURZU OBSLUH MOTOROVÝCH PIL a KŘOVINOŘEZU

Jméno : .....

Příjmení : .....

Datum narození : .....

Firma : .....

Číslo občanského průkazu : .....

Telefon : .....

Email : .....

.....

Podpis uchazeče

## Lékařské potvrzení

Prosíme o lékařské potvrzení zda je výše uveden schopen k výkonu prací s

motorovou pilou.

křovinořezem

*Podvrďte křížkem*

Potvrzení žádáme za účelem základního kurzu

Datum:.....

.....

Razítko a podpis lékaře