|  |
| --- |
| **Sukellustapahtuman/sukelluskurssin osallistujan sukelluskelpoisuus**Sukellustapahtuman/sukelluskurssin järjestäjän on tarkastettava osallistujien terveysselvityslomakkeet tai lääkärintodistukset, ja heidän on dokumentoitava, että lomakkeet on tarkastettu. |
| **Tapahtuma:** | **Päivämäärä:** |
|  | **Osallistuja**Olen esittänyt voimassaolevan terveysselvityksen/lääkärintodistuksen.Vakuutan olevani sukelluskelpoinen. | **Sukellustapahtuman/sukelluskurssin järjestäjän edustaja**Olen tarkastanut osallistujan terveysselvityksen/lääkärintodistuksen.Se on voimassa ja osoittaa osallistujan sukelluskelpoiseksi |
| Nimi |  |  |
| Allekirjoitus |  |  |
| Nimi |  |  |
| Allekirjoitus |  |  |
| Nimi |  |  |
| Allekirjoitus |  |  |
| Nimi |  |  |
| Allekirjoitus |  |  |
| Nimi |  |  |
| Allekirjoitus |  |  |
| Nimi |  |  |
| Allekirjoitus |  |  |
| Nimi |  |  |
| Allekirjoitus |  |  |