

Potvrzení o účasti na kurzu: TĚHOTENSKÉ PLAVÁNÍ

doba konání: pondělí 15.00 – 15.45 hod.

místo konání: rehabilitační oddělení Nemocnice Šumperk a.s.

Jméno .....Rodné číslo .....

Adresa .....Telefon .....

Termín porodu .....

S ohledem na zdravotní stav povolují:  
- těhotenské plavání

Datum: .....

Ošetřující lékař .....

GYN-POR3b/21/01

Potvrzení o účasti na kurzu: TĚHOTENSKÉ PLAVÁNÍ

doba konání: pondělí 15.00 – 15.45 hod.

místo konání: rehabilitační oddělení Nemocnice Šumperk a.s.

Jméno .....Rodné číslo .....

Adresa .....Telefon .....

Termín porodu .....

S ohledem na zdravotní stav povolují:  
- těhotenské plavání

Datum: .....

Ošetřující lékař .....

GYN-POR3b/21/01