|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *JAMARSKA* ***ZVEZA***  ***SLOVENIJE*** |  | *IZOBRAŽEVALNA SLUŽBA* Lepi pot 6, 1000 Ljubljana  🌍 [***www.jamarska-zveza.si***](http://www.jamarska-zveza.si) 🖃[*izobrazevalna@jamarska-zveza.si*](mailto:izobrazevalna@jamarska-zveza.si) |

**IZJAVA O PRIMERNEM ZDRAVSTVENEM STANJU**

Spodaj podpisani: Ime in priimek kandidata,

rojen: Datum rojstva v Kraj rojstva,

izjavljam, da sem fizično in psihično povsem zdrav in v tem smislu popolnoma sposoben opravljati vsa preverjanja, ki potekajo v okviru izpita na katerega se prijavljam.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Podpis kandidata oz. njegovega zakonitega zastopnika**  *(Namesto kandidatov, ki so mlajši od 18 let, se podpišejo starši oziroma zakoniti zastopniki.)* | | |
| **Ime in priimek** | **Podpis** | **Datum** |
| Ime in priimek kandidata |  | Datum podpisa |