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