

Здравствена институција \_\_\_\_\_

## ЗДРАВСТВЕНА ПОТВРДА

Врз основа на лекарски преглед, потврдувам дека \_\_\_\_\_, роден \_\_\_\_\_ и со  
адреса на живеење \_\_\_\_\_ физички и психички е способен/-на за 8 до  
10-часовно одење на ден до надморска височина од 2500 м.

Датум на издавање на потврдата

Печат

Потпис на лекарот:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ФЕДЕРАЦИЈА НА ПЛАНИНАРСТВО НА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА  
КОМИСИЈА НА ПЛАНИНАРСКИ ВОДИЧИ  
11 Октомври 42А, 1000 Скопје ☎ 02 316 55 40

---

## ИЗЈАВА

на кандидатот/-ката за стекнување лиценца  
планинарски водичи при ФПСМ

Име и презиме: \_\_\_\_\_

Роден/-а: \_\_\_\_\_

Адреса на живеење: \_\_\_\_\_

Целосно сум свесна/свесен, дека за обуката за Планинарски водич при ФПСМ треба да поседувам соодветни физички и психички способности, што подразбира: напорно пешачење по стрмен, разновиден и тежок терен, искачување на големи височини, искачување по лесен и средно тежок карпест терен (со или без технички помагала), движење во различни метеоролошки услови и сл. Одговорно и со слободна воља изјавувам, дека поседувам соодветни физички и психички способности и дека немам познати здравствени проблеми кои би ме спречиле да учествувам во реализирањето на оваа активност.

Датум \_\_\_\_\_

Потпис на кандидатот/-ката: \_\_\_\_\_