

## LISTINA PŘÍTOMNÝCH

Potvrzuji svým podpisem, že školení jsem porozuměl  
a všechny mé dotazy byly zodpovězeny.

Poř. č.	Jméno	Platnost lékařské prohlídky do:	Podpis	Poznámka
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				