

**MEDICAL CERTIFICATE No.****ŚWIADECTWO ZDROWIA NR** .....

**This certificate is issued on behalf of the Maritime Authority of Republic of Poland to meet the requirements of STCW Convention, 1978, as amended and the Maritime Labour Convention, 2006\*)**

*Niniejsze świadectwo jest wydane w imieniu Administracji Morskiej Rzeczypospolitej Polskiej w celu spełnienia wymagań Konwencji STCW, 1978, z późn. zm. i Konwencji o pracy na morzu, 2006\*)*

According to Guidelines on the medical examinations of seafarers ILO/IMO/JMS/2011/12  
Zgodnie z wytycznymi w zakresie badań lekarskich marynarzy ILO/IMO/JMS/2011/12

Last name: <i>Nazwisko:</i>		First, middle name: <i>Imię / imiona:</i>	
Date of birth (day/month/year): <i>Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok):</i>	Gender: <input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female <i>Płeć: mężczyzna kobieta</i>	Nationality: <i>Narodowość:</i>	
Mailing address: <i>Adres do korespondencji:</i>		Passport / Seamen's Book No.: <i>Paszport / Numer książeczki żeglarskiej:</i>	
<b>Examination for duty on department: / Badanie do świadczenia pracy w dziale:</b>			
<input type="checkbox"/> Deck / Pokładowy		<input type="checkbox"/> Radio / Radio	
<input type="checkbox"/> Engine / Maszynowy		<input type="checkbox"/> Food handling / Catering	
		<input type="checkbox"/> Hotel/ Hotel	
		<input type="checkbox"/> Other / Inny	

**Declaration of the recognized medical practitioner: / Oświadczenie uprawnionego lekarza:**

Confirmation that identification documents were checked at the point of examination: <input type="checkbox"/> Yes /Tak <input type="checkbox"/> No/ Nie <i>Potwierdzenie weryfikacji dokumentów identyfikacyjnych przed przystąpieniem do badania:</i>			
Height: <i>Wzrost:</i>	Weight: <i>Waga:</i>	Blood pressure: <i>Ciśnienie krwi:</i>	Pulse: <i>Tętno:</i>
Hearing meets the standards in STCW Code, section A-I/9: <i>Sluch spełnia wymogi sekcji A-I/9 Konwencji STCW:</i>		Unaided hearing satisfactory? / <i>Czy słuch bez urządzeń pomocniczych jest na poziomie satysfakcjonującym?</i>	
<input type="checkbox"/> Yes / Tak <input type="checkbox"/> No / Nie		<input type="checkbox"/> Yes / Tak <input type="checkbox"/> No / Nie	
Is hearing aid necessary to meet the required hearing standard? <i>Czy aparat słuchowy jest konieczny, aby spełnić wymogi dotyczące słuchu?</i> <input type="checkbox"/> Yes/ Tak <input type="checkbox"/> No/ Nie			
Visual acuity meets standards in STCW Code, section A-I/9 <i>Czy ostrość widzenia spełnia wymogi sekcji A-I/9 Konwencji STCW?</i>	Color vision meets standards in STCW Code, section A-I/9 <i>Czy postrzeganie kolorów spełnia wymogi sekcji A-I/9 Konwencji STCW?</i>	Date of last color vision test: <i>Data ostatniego badania dotyczącego rozpoznawania kolorów:</i>	
<input type="checkbox"/> Yes/ Tak <input type="checkbox"/> No/ Nie	<input type="checkbox"/> Yes/ Tak <input type="checkbox"/> No/ Nie	Testing required every six years. <i>Badanie wymagane do sześciu lat.</i>	
Are glasses or contact lenses necessary to meet the requires vision standard ? <i>Czy okulary lub soczewki kontaktowe są konieczne, aby spełnić wymogi dotyczące wzroku?</i> <input type="checkbox"/> Yes/ Tak <input type="checkbox"/> No/ Nie			

Look-out duties / <i>Czy może pełnić wachtę obserwacyjną?</i>			
<input type="checkbox"/> Fit for look-out duty <i>Zdolny do pełnienia wachty obserwacyjnej</i>		<input type="checkbox"/> Not fit for look-out duty <i>Niezdolny do pełnienia wachty obserwacyjnej</i>	
<input type="checkbox"/> Not apply <i>Nie dotyczy</i>			
Any limitations or restrictions on fitness? <i>Czy istnieją jakiegokolwiek zastrzeżenia lub ograniczenia dotyczące sprawności?</i>		Is the seafarer taking prescribed medications during validity of the certificate? <i>Czy badany w okresie trwania ważności świadectwa przyjmuje leki przepisane przez lekarza?</i>	
If "yes", specify limitations or restrictions:  <i>W przypadku odpowiedzi twierdzącej opisać zastrzeżenia:</i>		<input type="checkbox"/> Yes/ Tak <input type="checkbox"/> No/ Nie	

Is the applicant free from any diseases likely to be aggravated by service at sea, or to render him unfit for service at sea or likely to endanger the health of other persons on board? <i>Czy marynarz jest wolny od jakichkolwiek dolegliwości natury zdrowotnej, które mogłyby ulec zaostrzeniu podczas pełnienia służby na morzu lub doprowadzić członka załogi do niezdolności do wykonywania takiej służby, ani stanowić zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa innych osób na statku?</i>		<input type="checkbox"/> Yes / Tak	<input type="checkbox"/> No / Nie
---	--	------------------------------------	-----------------------------------

**THIS IS TO CERTIFY THAT HE/SHE IS FOUND TO BE FIT/NOT FIT FOR DUTY AS A:** \_\_\_\_\_

*Potwierdzenie zdolności / niezdolności do pracy na stanowisku:* \_\_\_\_\_

Date of examination (day/month/year) / *Data badania (dzień/miesiąc/rok):* \_\_\_\_\_

Expiry date of certificate (day/month/year) / *Data ważności świadectwa (dzień/miesiąc/rok):* \_\_\_\_\_

Signature and medical stamp of the authorized physician:  
*Podpis i pieczęć uprawnionego lekarza:*

\_\_\_\_\_  
Seafarer's signature/ *Podpis marynarza*

**Additional details of medical examination – to be completed by examining physician:**

(i.e. chronic diseases, drug addict test, prescribed medications, additional medical examination of the seafarer).

***Dodatkowe szczegóły dotyczące wywiadu lekarskiego – wypełnia lekarz:***

*(np. chorób przewlekłych, testów na obecność narkotyków, przyjmowanych leków, dodatkowych badań, którym poddał się marynarz).*

*\*) Issuing a medical certificate to persons under 16 years of age does not entitle to employment on a seagoing ship or fishing vessel.*

*\*) Wydanie świadectwa zdrowia osobom poniżej 16 roku życia nie uprawnia do zatrudnienia na statku morskim lub rybackim*