

CERTYFIKAT

CERTIFICATE

Imię Nazwisko

Imię i nazwisko / Name

XX/XX/XXXX

Data urodzenia / Date of birth

Ukończył/a czterodniowy kurs:

Completed a 4-day training:

Główny tytuł szkolenia
Uzupełniający tytuł szkolenia

Angielski tytuł szkolenia
Angielski uzupełniający tytuł szkolenia

Kurs obejmował XX godzin dydaktycznych zajęć teoretycznych/praktycznych/teoretyczno-praktycznych*, uwzględnionych w programie kursu
The course consisted of XX didactic and theoretical hours (45 minutes each), included in the courses program

IMIĘ NAZWISKO TYTUŁ
INSTRUKTORA

Instruktor / Instructor



Miasto, XX-XX.XX/202X

Nr certyfikatu:202X/M/XX.....



Med Coach
szkolenia dla wymagających

Organizator / Organizer