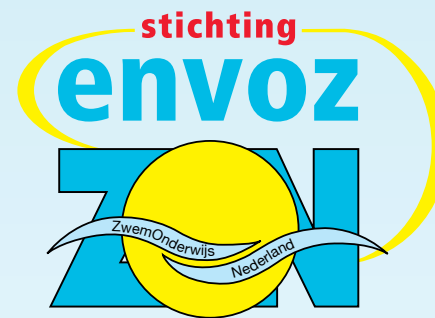


DIPLOMA

ZWEMSURVIVAL



NAAM : _____

GEBOORTE DATUM : _____

AFGEGEVEN OP : _____

ZWEMBAD : _____

ORGANISATIE -
HANDTEKENING : _____