

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że

(imię i nazwisko ucznia)

.....PESEL.....

(data urodzenia)

jest zdrowy i nie posiada przeciwwskazań do nauki w oddziale sportowym o profilu lekkoatletyka oraz amatorskiego uprawiania dyscypliny sportu lekkoatletyka .

Wzrost:, waga:

Data badania

.....

Podpis i pieczęć lekarza