

ORZECZENIE LEKARSKIE O ZDOLNOŚCI DO UPRAWIANIA SPORTU

Zgodnie z przepisami w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania sportu stwierdzam, że *(imię i nazwisko ucznia)*.....

Pesel..... *(data urodzenia)*

jest zdrowa(y) i nie posiada przeciwwskazań do nauki w klasie sportowej oraz amatorskiego uprawiania sportu.

Data badania.....

.....

*Pieczątka i podpis lekarza specjalisty w dziedzinie
medycyny sportowej*