

.....
Pieczęć placówki służby zdrowia

.....
Miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O BARDZO DOBRYM STANIE ZDROWIA I BRAKU
PRZECIWSKAZAŃ DO KSZTAŁCENIA W NIEPUBLICZNYM LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCYM
SZKOLE MISTRZOSTWA SPORTOWEGO POLSKIEGO ZWIĄZKU KOSZYKÓWKI WE
WŁADYSŁAWOWIE**

.....
Nazwisko i imię

.....
data urodzenia

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Opinia lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny sportowej:

.....
.....
.....
.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza