pieczątka zakładu opieki zdrowotnej ..................................dnia........................

lub praktyki lekarskiej

**Orzeczenie lekarskie**

**wydane dla potrzeb rekrutacyjnych do klasy sportowej**

**Liceum Ogólnokształcącego Sportowego**

**w Zespole Szkół Sportowych im. Polskich Olimpijczyków w Dąbrowie Górniczej**

**Imię i nazwisko dziecka** ...........................................................................................................

**Data i miejsce urodzenia** ....................................................... PESEL .....................................

**Adres zamieszkania** ...................................................................................................................

Dziecko posiada stan zdrowia umożliwiający podjęcie nauki w szkole sportowej/oddziale sportowym\* ………………………………. ***TAK / NIE\****

\**niepotrzebne skreślić*

*..............................................................................................................*

*pieczątka imienna i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie*