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

lub praktyki lekarskiej

**Orzeczenie lekarskie**

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

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

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

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

\**niepotrzebne skreślić*

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

*pieczątka imienna i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie*