



.....
(pieczęć przychodni)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko kandydata:

Dyscyplina sportu w szkoleniu specjalistycznym: piłka nożna / piłka siatkowa *

Na podstawie przeprowadzonych badań lekarskich zaświadczam o braku przeciwwskazań zdrowotnych kandydata do uczestnictwa w sprawdzianie uzdolnień kierunkowych – próbie sprawności fizycznej oraz szkoleniu specjalistycznym w oddziale sportowym w IV Liceum Ogólnokształcącym w Zamościu.

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć lekarza

* - niepotrzebne skreślić