

.....  
/pieczętka przychodni/

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
POTWIERDZAJĄCE BRAK PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH  
DO UPRAWIANIA SPORTU**

Uczeń .....  
imię i nazwisko

ur. ...., zam. ....

Po zbadaniu kandydata do klasy sportowej stwierdzam brak przeciwwskazań do uprawiania sportu i nauki w klasie sportowej o profilu piłki ręcznej w Szkole Podstawowej im. T. Kościuszki w Górkach Wielkich.

*Zaświadczenie wystawia się celem przedłożenia w szkole.*

Waga: .....

Wzrost: .....

Data wykonania badania: .....

.....  
/podpis i imienna pieczętka lekarza/