

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O ZDOLNOŚCI DO UPRAWIANIA
PIŁKI RĘCZNEJ**

Zgodnie z przepisami w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania sportu
stwierdzam, że

.....
(imię i nazwisko dziecka)

PESEL
(data i miejsce urodzenia dziecka)

jest zdrowy i nie posiada przeciwwskazań do nauki w klasie sportowej.

Data badania.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza medycyny sportowej