

.....
(miejsowość/ data)

(pieczęć zakładu służby zdrowia)

ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki

w klasie usportowionej

Zaświadcza się, że

.....
(imię i nazwisko)

PESEL.....

Urodzony/a.....w.....

(data urodzenia)(miejsowość)

Zamieszkały/a:.....

(adres)

jest zdolny/zdolna do nauki w klasie usportowionej w Zespole Szkół Ponadpodstawowych im. I. J. Paderewskiego w Sulejówku.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)