

**ORZECZENIE LEKARSKIE O ZDOLNOŚCI DO UPRAWIANIA SPORTU
PIŁKA NOŻNA/ LEKKOATLETYKA***

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

..... stwierdzam, że

.....
(imię i nazwisko ucznia)

PESEL.....

DATA
URODZENIA.....

jest zdrowy i nie posiada przeciwwskazań do nauki w klasie sportowej o
profilu piłka nożna\lekkoatletyka* oraz amatorskiego uprawiania tej
dyscypliny sportu.

Wzrost:, waga:

Data badania

Badanie ważne do

*podpis lekarza specjalisty w
dziedzinie medycyny
sportowej lub innego
uprawnionego lekarza*

* Niewłaściwe skreślić