

.....dn. ....

\_\_\_\_\_  
( pieczęć przychodni )

( miejscowość )

( data )

## ZAŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko dziecka: .....

Data urodzenia dziecka •.....

PESEL dziecka .

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych do nauki w klasie sportowej o profilu siatkarskim i taekwondo .

Zaświadczenie wystawia się celem przedłożenia w szkole.

Zaświadczenie ważne jest bezterminowo / do.....\*

\*niepofrzebne skreślić

\_\_\_\_\_  
( pieczęć i podpis lekarza )