



.....  
*pieczęć przychodni*

## ORZECZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię kandydata											
Dyscyplina sportowa											
Numer PESEL kandydata											

Na podstawie przeprowadzonych badań lekarskich orzekam o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczęszczania kandydata do Szkoły Podstawowej Mistrzostwa Sportowego w Katowicach.

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*pieczęć i podpis lekarza*