

....., dn.....20.....r.
(miejscowość)

.....
(pieczęć zakładu)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam że Pan/i.....
(imię i nazwisko)

ur.....w PESEL

(data ur.)

(miejsce)

zamieszkały(a).....

jest zdolny(a) do uczestnictwa w zajęciach sportowych.

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Policealnym Studium Zawodowym w Łaszczowie

.....
(pieczęć i podpis lekarza)