..............................................................................

(oznaczenie podmiotu przeprowadzającego badanie lekarskie)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane na podstawie skierowania z X Liceum Ogólnokształcącego Szkoły Mistrzostwa Sportowego im. Józefa Wybickiego w Zespole Placówek Oświatowych nr 2 w Kielcach na badania lekarskie

z dnia : ………………………..….2024 r.

/data/

W wyniku badania lekarskiego

Uczeń/uczennica(i): ………………………………….....................................................................................................................………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

zamieszkały/-a

…………………………………....................................................................................................................................………………

Dyscyplina:

**□ piłka siatkowa\***

**□ piłka ręczna\***

**□ piłka nożna\***

Uwagi lekarza:

Uczeń/uczennica jest zdrowy/zdrowa. Może przystąpić do:

**□\*** testów sprawnościowych i zgrupowania dla kandydatów do X LOMS im. J. Wybickiego w ZPO nr 2   
w Kielcach na rok szkolny 2024/2025

Inne uwagi: .....................................................................................................................................................................

Zaświadczenie jest ważne do: ……………………

(pieczątka i podpis lekarza)

\* zaznaczyć właściwe