ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

POTWIERDZAJĄCE BRAK PRZECIWWSKAZAŃ

DO UDZIAŁU W ZAJĘCIACH SPORTOWYCH

Do wypełnienia przez uczestnika

Imię.........................................................................................................................
Nazwisko .................................................................................................................

Do wypełnienia przez lekarza medycyny ogólnej:

Ja niżej podpisany(a) ...........................................................lekarz medycyny ogólnej,

oświadczam, że po zbadaniu ....................................................................................

urodzonego(nej) …………........................................................, stwierdzam brak przeciwwskazań do udziału w zajęciach sportowych.

………………………………. …………………………….

 (miejscowość, data) (podpis)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

POTWIERDZAJĄCE BRAK PRZECIWWSKAZAŃ

DO UDZIAŁU W ZAJĘCIACH SPORTOWYCH

Do wypełnienia przez uczestnika

Imię.........................................................................................................................
Nazwisko .................................................................................................................

Do wypełnienia przez lekarza medycyny ogólnej:

Ja niżej podpisany(a) ............................................................lekarz medycyny ogólnej,

oświadczam, że po zbadaniu ....................................................................................

urodzonego(nej) …………........................................................, stwierdzam brak przeciwwskazań do udziału w zajęciach sportowych.

………………………………. …………………………….

 (miejscowość, data) (podpis)