Żory, ……………………………………………

ZAŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko ………………………………………………………….…. data ur. ……………………………………………

Zamieszkały ……………………………………………………………………………………………………………………………

W/w jest dzieckiem zdrowym, nie stwierdzam przeciwskazań do zajęć w klasie sportowej.

 …………………………………………….

 podpis lekarza

Żory, ……………………………………………

ZAŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko ………………………………………………………….…. data ur. ……………………………………………

Zamieszkały ……………………………………………………………………………………………………………………………

W/w jest dzieckiem zdrowym, nie stwierdzam przeciwskazań do zajęć w klasie sportowej.

 …………………………………………….

 podpis lekarza