

.....
(pieczęć przychodni)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
POTWIERDZAJĄCE BRAK PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH
DO UPRAWIANIA SPORTU**

Na podstawie przeprowadzonego badania bilansowego oraz dostępnej dokumentacji medycznej, stwierdzam brak przeciwwskazań u:

.....
Imię i nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

do uprawiania dyscypliny sportowej – **piłka**
(wpisać odpowiednio: **koszykowa lub nożna**)

Kandydat jest zdrowy i może być uczniem **klasy sportowej Publicznej Szkoły Podstawowej nr 2 im. Józefa Wybickiego w Grójcu.**

Data wykonania badania: - **2024 r.**

.....
(podpis i imienna pieczęć lekarza)

Podstawa prawna:

Ustawa – Prawo Oświatowe z dnia 7 maja 2020 r., Dz.U. z 2020 r. poz. 910, art. 137 ust 1, pkt 1) „...posiadają stan zdrowia umożliwiający podjęcie nauki w szkole lub oddziale, potwierdzony orzeczeniem lekarskim wydanym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”