|  |  |
| --- | --- |
| …..………………………………  (pieczęć przychodni) |  |

**ORZECZENIE LEKARSKIE**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko kandydata: |  |
| Profil sportowy: |  |
| PESEL: |  |

Na podstawie przeprowadzonych badań lekarskich orzekam o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczęszczania kandydata do Liceum Ogólnokształcącego Szkoły Mistrzostwa Sportowego „Talent” w Pile.

…………………………………………………

(data, podpis i pieczęć lekarza)