



*Szkoła Podstawowa nr 29 z Oddziałami Sportowymi im. Alfreda Szklarskiego
w Dąbrowie Górniczej*

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....dnia.....

ORZECZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia **PESEL**

Adres zamieszkania

Dziecko posiada stan zdrowia umożliwiający podjęcie nauki w oddziale sportowym o profilu pływackim **TAK / NIE***

**niepotrzebne skreślić*

.....

pieczętka imienna i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie