

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Niniejszym zaświadczam, że
(imię i nazwisko dziecka)

PESEL zamieszkały
.....

jest zdolny / nie jest zdolny*

do podjęcia nauki w klasie ogólnej – mistrzostwa sportowego w III Liceum Ogólnokształcącym im. Juliusza Słowackiego, pl. T. Kościuszki 5, 64-100 Leszno.

Uwagi:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(pieczęćka i podpis lekarza wydającego zaświadczenie)

* niepotrzebne skreślić

