

**Załącznik nr 1**

.....  
(pieczęć przychodni)

Zielona Góra, .....

**ORZECZENIE LEKARSKIE**

..... jest zdolny(a) do uprawiania  
(imię i nazwisko, data urodzenia)

dyscypliny sportowej:.....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)