

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn.
(miejscowość, data)

ORZECZENIE LEKARSKIE WYDANE PRZEZ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

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

Ja, niżej podpisany:

..... lekarz podstawowej opieki
zdrowotnej/lekarz, oświadczam, że: na podstawie przeprowadzonych badań
lekarskich/wywiadu kandydata:

.....
Imię i nazwisko

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PESEL

stwierdzam brak przeciwwskazań wzięcia udziału w testach sportowych kwalifikujących do klasy sportowej w Liceum Ogólnokształcącym Szkole Mistrzostwa Sportowego z Oddziałami Dwujęzycznymi w Zespole Szkół im. Ignacego Łukasiewicza w Policach.

.....
/podpis i imienna pieczęć lekarza POZ/

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe, art. 137. Pkt 1 ust. 1). Tekst jedn.: Dz.U. z 2025 r. poz. 1043.