

ZESPÓŁ SZKÓŁ MISTRZOSTWA SPORTOWEGO RADZIONKÓW

im. Antoniego Piechniczka

ul. Knosały 113, 41-922 Radzionków

tel.: 32 307 50 92, mail: sekretariat@smsradzionkow.pl

.....
(pieczęć przychodni)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

Imię i nazwisko kandydata/kandydatki:

Profil sportowy:

PESEL:

**Na podstawie przeprowadzonych badań lekarskich zaświadczam
o braku przeciwwskazań zdrowotnych kandydata/kandydatki
do uczestnictwa w testach sportowych (próbach sprawności fizycznej)
do Zespołu Szkół Mistrzostwa Sportowego Radzionków.**

.....
(data, miejscowość, pieczęć i podpis lekarza)

¹ Ważność zaświadczenia lekarskiego wynosi 3 miesiące. Zaświadczenie lekarskie może być wydane na druk z przychodni.