

.....  
(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:

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

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

\* niepotrzebne skreślić

