

OPINIA LEKARSKA

Stwierdzam, że

(imię i nazwisko dziecka)

urodzony/-a

(dd-mm-rrrr)

jest zdrowy/a i nie ma przeciwwskazań do udziału w testach sprawnościowych do klasy sportowej.

wzrost waga

.....

(data badania)

.....

(podpis lekarza)