

.....
Pieczęć jednostki przeprowadzającej badanie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego przeprowadzonego w
dniu stwierdzam u kandydata do **Zespołu Szkół
Ponadgimnazjalnych i Mistrzostwa Sportowego w Lipinach**

(imię i nazwisko)

data urodzenia
PESEL.....

zamieszkała/y

W
.....

(adres zamieszkania kandydata)

brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki w liceum
ogólnokształcącym o profilu wojskowym

.....
Pieczęć i podpis
lekarza przeprowadzającego
badanie