

Pieczęć nagłówekowa
placówki służby zdrowia

....., dnia
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE*

Stwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania ćwiczeń fizycznych
w ramach testów i ćwiczeń sprawnościowych

przez

.....

(imię i nazwisko)

.....

PESEL

Pieczęć i podpis lekarza

.....

*Zaświadczenie wydaje się na prośbę osoby/opiekuna prawnego celem spełnienia wymagań rekrutacyjnych placówki oświatowej prowadzącej oddziały przygotowania wojskowego.