…………………………………

(pieczątka przychodni)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**POTWIERDZAJĄCE BRAK PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO UPRAWIANIA SPORTU**

Na podstawie przeprowadzonego badania bilansowego oraz dostępnej dokumentacji medycznej, stwierdzam brak przeciwwskazań u:

…………………………………………………………………………

Imię i nazwisko

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

do uprawiania dyscypliny sportowej: ………………………………………………….

Kandydat jest zdrowy i może być uczniem **klasy sportowej Publicznej Szkoły Podstawowej nr 2 im. Józefa Wybickiego** **w Grójcu**.

Data wykonania badania: ………-………**2022 r**.

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

(podpis i imienna pieczątka lekarza )

**Podstawa prawna:**

Ustawa – Prawo Oświatowe z dnia 7 maja 2020 r., Dz.U. z 2020 r. poz. 910,   
art. 137 ust 1, pkt 1) „posiadają stan zdrowia umożliwiający podjęcie nauki w szkole lub oddziale, potwierdzony orzeczeniem lekarskim wydanym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”