

.....  
*miejsowość, data*

**OPINIA LEKARSKA DOTYCZĄCA UCZĘSZCZANIA UCZNI  
DO ODDZIAŁU SPORTOWEGO**

Opiniuję brak przeciwwskazań zdrowotnych do uczęszczania.....  
*(imię i nazwisko ucznia)*  
do oddziału sportowego Szkoły Podstawowej w Cekcynie.

.....  
*podpis lekarza*