Załącznik nr 1

………………………………………………… ……………………………………..dn…………………………..

 /pieczęć zakładu służby zdrowia/ /miejscowość, data/

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do przystąpienia do próby sprawności fizycznej oraz nauki w

Liceum Ogólnokształcącym o profilu policyjnym i pożarniczym

Zaświadcza się, że …………………..…………………………………………………………………………………………………………..

/imię i nazwisko/

PESEL…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Urodzony/a………………………………………………………… w ………………………………………………………………………..

 /data urodzenia/ /miejscowość/

Zamieszkały/a: ………………………………………………………………………………………………………………………

 /adres/

Nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do przystąpienia do próby sprawności fizycznej oraz nauki w Liceum Ogólnokształcącym o profilu policyjnym i pożarniczym Szkół im. I. J. Paderewskiego prowadzonych przez Edukację Lubasz Sp. z o.o.

 ……………………………………………………

 /pieczątka i podpis lekarza/