

## **ZAŚWIADCZENIE/ORZECZENIE LEKARSKIE**

### **DLA KANDYDATA DO KLASY MISTRZOSTWA SPORTOWEGO**

**(ROK SZKOLNY 2026/2027)**

#### **I. DANE KANDYDATA:**

• **Imię i Nazwisko:** .....

• **Data urodzenia:** ..... **PESEL:** .....

• **Adres zamieszkania:** .....

#### **II. ORZECZENIE LEKARSKIE (Wypełnia lekarz):**

Na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego, działając w oparciu o art. 137 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe oraz obowiązujące rozporządzenia Ministra Zdrowia, orzekam co następuje:

**STWIERDZAM BARDZO DOBRY STAN ZDROWIA**

wyżej wymienionego kandydata oraz

**BRAK PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH** do podjęcia szkolenia sportowego oraz nauki w oddziale mistrzostwa sportowego w dyscyplinie:

**DYSCYPLINA SPORTOWA:** .....

(np. piłka nożna, piłka ręczna, lekkoatletyka/ sporty walki -boks)

#### **III. DODATKOWE INFORMACJE:**

Niniejsze orzeczenie wydaje się na potrzeby procesu rekrutacyjnego do szkoły ponadpodstawowej.

• **Data wystawienia orzeczenia:** .....

• **Okres ważności orzeczenia:** .....

.....  
(Podpis i pieczęć lekarza)