

Pieczętka zakładu

....., dnia 20.....r.
miejsowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

Data i miejsce urodzenia:

Nr PESEL

zamieszkały(a).....

.....

.....

WAGA:..... WZROST:.....

.....

Badany jest ZDOLNY / NIEZDOLNY* *do pełnienia funkcji sędziego piłki nożnej*

Pieczęć i podpis lekarza

U w a g a:

*) Niewłaściwe skreślić.