Pieczątka zakładu ..... , dnia ..... 20.....r.
miejscowość

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.

.

\