



***I Liceum Ogólnokształcące CN-B
im. Polskich Spadochroniarzy
w Ciechanowie***

Adres szkoły:
ul. Żórawskiego 5
06-400 Ciechanów
mail: ciechanow@cnb-feniks.edu.pl
witryna: www.szkolyfeniks.pl
tel. 500-185-426

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych
do wzmożonego wysiłku fizycznego

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzony/a W
(data urodzenia) (miejscowość)

Zamieszkały/a:
(adres)

Posiada dobry stan zdrowia na uczęszczanie do klasy ze zwiększoną liczbą godzin z wychowania fizycznego – moduł piłka nożna w I Liceum Ogólnokształcącym CN-B im. Polskich Spadochroniarzy w Ciechanowie.

Podstawa prawna: art. 137 ust. 1 pkt 1 i ust. 4 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 900 z późn. zm.).

.....
(pieczęć i podpis lekarza)