

..... dn. ....201... r.

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię .....

Lat ..... Imię ojca .....

Zamieszkały (a) w.....

JEST ZDROWY(A) I MOŻE GRAĆ W KOSZYKÓWKĘ PRZEZ  
**4 MIESIĄCE** OD DNIA WYSTAWIENIA ZAŚWIADCZENIA

pieczętka i podpis lekarza

..... dn. ....201... r.

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię .....

Lat ..... Imię ojca .....

Zamieszkały (a) w.....

JEST ZDROWY(A) I MOŻE GRAĆ W KOSZYKÓWKĘ PRZEZ  
**4 MIESIĄCE** OD DNIA WYSTAWIENIA ZAŚWIADCZENIA

pieczętka i podpis lekarza

..... dn. ....201... r.

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię .....

Lat ..... Imię ojca .....

Zamieszkały (a) w.....

JEST ZDROWY(A) I MOŻE GRAĆ W KOSZYKÓWKĘ PRZEZ  
**4 MIESIĄCE** OD DNIA WYSTAWIENIA ZAŚWIADCZENIA

pieczętka i podpis lekarza

..... dn. ....201... r.

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię .....

Lat ..... Imię ojca .....

Zamieszkały (a) w.....

JEST ZDROWY(A) I MOŻE GRAĆ W KOSZYKÓWKĘ PRZEZ  
**4 MIESIĄCE** OD DNIA WYSTAWIENIA ZAŚWIADCZENIA

pieczętka i podpis lekarza