

.....
pieczęć placówki medycznej

Z A Ś W I A D C Z E N I E

Zaświadcza się, że u

.....PESEL.....

Imię i nazwisko

brak przeciwwskazań do uprawiania siatkówki.

.....
miejsowość (data)

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć placówki medycznej

Z A Ś W I A D C Z E N I E

Zaświadcza się, że u

.....PESEL.....

Imię i nazwisko

brak przeciwwskazań do uprawiania siatkówki.

.....
miejsowość (data)

.....
pieczęć i podpis lekarza

