***Załącznik nr 1a***

 Białogard, dn.............................................

…………………………………………………

 (imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

**POTWIERDZENIE LEKARZA POZ O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ DO UCZESTNICTWA DZIECKA W KLASIE SPORTOWEJ O PROFILU PŁYWANIE**

Na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej, wyników badań bilansowych - orzeczeń lekarskich o stanie zdrowia umożliwiającym bezpieczne uczestnictwo we współzawodnictwie sportowym.

**Orzeczenie Lekarskie**

 Nazwisko i imię ucznia ……………………………………….... data ur. …………………..
Potwierdzam, że stan zdrowia dziecka umożliwia przystąpienie do prób sprawności fizycznej oraz podjęcie nauki w I klasie sportowej o profilu pływanie, w roku szkolnym 2024/2025.

………………………………………….

 /podpis i imienna pieczątka lekarza POZ /