

Pieczętka placówki zdrowia

Miejscowość, dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE - STOMATOLOGICZNE

Nazwisko i imię

Data urodzenia

Zamieszkały (a)

Ew. uwagi o stanie uzębienia pacjenta

.....

Oświadczam, że ww. pacjent ma wyleczone uzębienie i nie wymaga leczenia stomatologicznego w najbliższym czasie.

Celem zaświadczenia jest przekazanie organizatorom wyjazdu na Igrzyska informacji o braku przeciwwskazań stomatologicznych w/w osoby do uczestnictwa w Światowych Zimowych Igrzyskach Olimpiad Specjalnych we Włoszech w marcu 2025 i obozie przygotowawczym we wrześniu 2024.

Podpis i pieczęć lekarza stomatologa.....

Zwrot zaświadczenia wypełnionego i podpisanego przez stomatologa do 15 sierpnia 2024 na adres: Olimpiady Specjalne Polska, ul. Leszno 21, 01-199 Warszawa, tel. 604 208 279 lub skanem na p.rogalski@olimpiadyspecjalne.pl .

W szczególnych przypadkach, ustalonych telefonicznie z działem Sportu Biura Narodowego, należy przesłać to zaświadczenie z informacją wpisaną w „uwagi o stanie uzębienia”, że Delegat jest w trakcie leczenia, na jakim etapie jest to leczenie i kiedy będzie zakończone.

Pieczętka placówki zdrowia

Miejscowość, dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

Data urodzenia

Zamieszkały (a)

Oświadczam, że ww. pacjent posiada aktualne badania lekarskie oraz że nie stwierdzam przeciwwskazań do jego uczestnictwa, jako trenera/lekarza/delegata w Światowych Zimowych Igrzyskach Olimpiad Specjalnych we Włoszech w marcu 2025 i obozie przygotowawczym we wrześniu 2024.

Podpis i pieczęć lekarza.....

Zwrot zaświadczenia wypełnionego i podpisanego przez lekarza do 15 sierpnia 2024 na adres: Olimpiady Specjalne Polska, ul. Leszno 21, 01-199 Warszawa, tel. 604 208 279 lub skanem na p.rogalski@olimpiadyspecjalne.pl .