

.....
(pieczęć zakładu leczniczego)

.....
(miejsowość, dnia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań do nauki w szkole muzycznej

Dla kandydatki/kandydata do Szkoły Muzycznej I stopnia w Witowicach

.....
Imię i nazwisko kandydatki/kandydata

.....
PESEL

.....
zamieszkała/y

W wyniku badania lekarskiego orzeka się, iż nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia przez kandydatkę/kandydata nauki w szkole muzycznej

.....
(pieczęć i podpis lekarza)