

.....

..... dnia .....

pieczęć przychodni

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nie stwierdzam u pacjenta/pacjentki\*

imię i nazwisko

przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia kształcenia w szkole muzycznej.

.....

pieczęć i podpis lekarza laryngologa

\*niepotrzebne skreślić