

.....  
(pieczęć zakładu leczniczego)

.....  
(miejsowość, dnia)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
o braku przeciwwskazań do podjęcia nauki  
w Państwowej Szkole Muzycznej II stopnia w Żorach  
przez

.....  
(imię i nazwisko kandydata)

PESEL: .....

Zamieszkały/a w .....

W wyniku badania lekarskiego orzeka się, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia przez kandydata nauki w szkole muzycznej.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)