

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

KANDYDATA DO PSM II ST.

Imię i nazwisko kandydata

Słuch: dobry/słaby*[proszę podać przyczynę]

Skłonność do przeziębień: duża/średnia/mala*

Wzrok: dobry/wymaga szkiele korekcyjnych*

Kręgosłup: układ prawidłowy/wada postawy*

Inne ważne informacje o stanie zdrowia kandydata:

.....

.....

Może być uczniem szkoły muzycznej: TAK/NIE*

*/właściwe podkreślić/

.....
miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć lekarza