

(pieczęć zakładu leczniczego)

.....
(miejscowość, dnia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o braku przeciwwskazań do nauki w szkole muzycznej
dla kandydatki/kandydata do Państwowej Szkoły Muzycznej I st. w Strzelinie

.....
(imię i nazwisko kandydatki/kandydata)

Nr PESEL:

zamieszkała/y:

.....
.....

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)