

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE

Zgodnie z treścią art. 142 ust. 2 Ustawy z dn. 14 grudnia 2016 r. Prawo Oświatowe (Dz.U. z 2024, poz 737) zaświadczam o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia kształcenia w roku szkolnym 2025/2026 w Państwowej Szkole Muzycznej II stopnia w Żorach.

.....
(imię i nazwisko kandydata)

.....
(pieczęć i podpis lekarza poz)