

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O BRAKU PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH
KANDYDATA DO PODJĘCIA KSZTAŁCENIA
w PSM I st. im. Wandy Wilkomirskiej w Międzyrzeczu**

Imię i nazwisko kandydata

Ważne informacje o stanie zdrowia kandydata (o ile dotyczy):

.....
.....
.....

(np. wady: słuchu, wzroku, kręgosłupa, serca, układu oddechowego)

* brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia kształcenia w szkole muzycznej

* są przeciwwskazania zdrowotne do podjęcia kształcenia w szkole muzycznej

*właściwe zaznaczyć

.....
(miejsowość, data)

.....
podpis i pieczęć lekarza