**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/mała\*

**Wzrok**: dobry/wymaga szkieł 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 pieczątka lekarza