

.....
Pieczętka jednostki przeprowadzającej badania

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane przez lekarza ortopedę lub medycyny sportowej

.....
(nazwisko i imię dziecka)

Data urodzenia.....

Pesel.....

Zamieszkała/y.....
(adres zamieszkania kandydata)

**stwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia kształcenia
w zawodzie tancerz**

stwierdzam przeciwwskazanie do podjęcia kształcenia w zawodzie tancerz*

.....
.....

podstawa prawna: art. 142, ust.3 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo
Oświatowe (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r., poz. 1043)

* zaznaczyć krzyżykiem odpowiednie pole

.....
(pieczętka i podpis lekarza ortopedy lub medycyny sportowej)

....., dnia.....r.