

.....
(pieczęć przychodni)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko

Data urodzenia PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zamieszkały/a

Rozpoznanie:

.....

Cel wydania: Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Państwowej Szkole Muzycznej I stopnia im. Arno Kanta w Działdowie

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Podstawa prawna:

Art. 142 Ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2024 r. poz. 737 z późn. zm.)