

.....
pieczęć poradni

Łódź, dnia

ZAŚWIADCZENIE

Nazwisko i imię dziecka

☐ brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia kształcenia w szkole muzycznej / w zawodzie muzyk *

☐ przeciwwskazanie do podjęcia kształcenia w szkole muzycznej / w zawodzie muzyk *

.....
podpis lekarza

* zaznaczyć krzyżykiem odpowiednie pole