

.....
(pieczęć zakładu leczniczego)

.....
(miejscowość, dnia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań do podjęcia nauki
w Państwowej Szkole Muzycznej I stopnia w Żorach
przez

.....
(imię i nazwisko kandydata)

PESEL:

Zamieszkały/a w

W wyniku badania lekarskiego orzeka się, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia
przez kandydata nauki w szkole muzycznej.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)