

.....  
Pieczęćka jednostki przeprowadzającej badania

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej**

.....  
(nazwisko i imię dziecka)

Data urodzenia.....

Pesel.....

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

**stwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia  
kształcenia w ogólnokształcącej szkole baletowej**

stwierdzam przeciwwskazanie do podjęcia kształcenia w ogólnokształcącej  
szkole baletowej\*

.....  
.....  
**podstawa prawna: art. 142, ust.2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo  
Oświatowe** (tekst jedn. Dz. U. z 2025 r. poz. 1043)

\* zaznaczyć krzyżykiem odpowiednie pole

.....  
(pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie)

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