(pieczęć zakładu leczniczego) ………………………………………………………….

 (miejscowość, dnia)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o braku przeciwskazań do podjęcia nauki w szkole muzycznej**

**dla kandydata do Ogólnokształcącej Szkoły Muzycznej I stopnia**

**w ZPSM w Elblągu**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**(imię i nazwisko kandydata)**

**Nr PESEL** ………………………………………………………………..

**Zamieszkały/a:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

W wyniku badania lekarskiego orzeka się, że nie ma przeciwskazań zdrowotnych do podjęcia

przez kandydata nauki w w/w szkole – instrument \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ……………………………………………………………

 (pieczęć i podpis lekarza)