

.....
Pieczęć zakładu

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

W wyniku badania lekarskiego orzeka się, że:

.....

(imię i nazwisko)

Nr PESEL

zamieszkały/a

.....
.....

nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia kształcenia w Szkole Muzycznej I stopnia we Włodawie.

.....
Pieczęć i podpis lekarza

*wydaje lekarz rodzinny