

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że stan zdrowia kandydata:

.....
imię i nazwisko kandydata)

pozwała / nie pozwala** na naukę gry na

instrumencie...../

...../

Przeciwwskazania

.....
.....
.....

.....
(data badania)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

**niepotrzebne skreślić

Zgodnie z art. 142 pkt. 2 Ustawy z 14.XII.2016 r. Prawo Oświatowe Dz.U. z 2017r. poz.59 z późn. zm,