

.....
pieczęć poradni

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko kandydata:

Numer PESEL:

Zaświadczam o braku przeciwwskazań zdrowotnych kandydata do podjęcia kształcenia w Państwowej Szkole Muzycznej I stopnia im. Mieczysława Karłowicza w Łukowie.

.....
miejsowość, data

.....
*pieczęć i podpis lekarza
podstawowej opieki zdrowotnej*