

.....
Pieczęć 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 2021 r. poz. 1082, Dz. U. z 2022 r. poz. 655, 1079,
1116, 1383, 1700, 1730, 2089)

* zaznaczyć krzyżykiem odpowiednie pole

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

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