

.....
Pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego przeprowadzonego w dniu stwierdzam u kandydata do Ogólnokształcącej Szkoły Baletowej im.R.Turczynowicza w Warszawie

.....
(imię i nazwisko)

data urodzenia PESEL

zamieszkała/y w

(adres zamieszkania kandydata)

1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki*

2) przeciwwskazania zdrowotne do podjęcia nauki*

*) Właściwe podkreślić.

Pieczęć i podpis
lekarza przeprowadzającego
badanie

....., dnia r.