

.....Łódź, dnia

pieczętka poradni

ZAŚWIADCZENIE

Nazwisko i imię dziecka

brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia kształcenia w szkole muzycznej / w zawodzie muzyk *

przeciwwskazanie do podjęcia kształcenia w szkole muzycznej / w zawodzie muzyk *

.....

podpis lekarza

* zaznaczyć krzyżykiem odpowiednie pole