

.....  
Pieczętka jednostki przeprowadzającej badania

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**wydane przez lekarza ortopedę lub medycyny sportowej**

.....  
(nazwisko i imię dziecka)

Data urodzenia.....

Pesel.....

Zamieszkała/y.....  
(adres zamieszkania kandydata)

**stwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia kształcenia  
w zawodzie tancerz**

stwierdzam przeciwwskazanie do podjęcia kształcenia w zawodzie tancerz\*

.....  
.....  
**podstawa prawna: art. 142, ust.3 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

.....  
(pieczętka i podpis lekarza ortopedy lub medycyny sportowej)

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