

.....
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.