

.....

..... dnia

pieczęć przychodni

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nie stwierdzam u pacjenta/pacjentki*

imię i nazwisko

przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia kształcenia w szkole muzycznej.

.....

pieczęć i podpis lekarza

*niepotrzebne skreślić