

(pieczęć zakładu leczniczego)

.....  
(miejsowość, dnia)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

o braku przeciwwskazań do podjęcia nauki w szkole muzycznej  
dla kandydata do Ogólnokształcącej Szkoły Muzycznej  
I i II stopnia im. Karola Lipińskiego w Lublinie

.....  
(imię i nazwisko kandydata)

nr PESEL: .....

zamieszkały/a:

.....  
.....

W wyniku badania lekarskiego orzeka się, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia przez kandydata nauki w szkole muzycznej.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)