

(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)