

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE

Zgodnie z treścią art. 142 ust. 2 Ustawy z dn. 14 grudnia 2016 r. Prawo Oświatowe (Dz. U. z 2018 r., poz. 996,1000,1290,1669,2245 oraz z 2019 r., poz. 534) zaświadczam o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia kształcenia w roku szkolnym 2024/2025 w Państwowej Szkole Muzycznej I stopnia w Żorach.

.....
(imię i nazwisko kandydata)

.....
(pieczęć i podpis lekarza poz)