

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Nie stwierdzam przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia kształcenia w Państwowej Szkole Muzycznej I stopnia im. Ignacego Jana Paderewskiego w Kartuzach przez:

.....  
*imię i nazwisko kandydata*

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*pieczęć i podpis lekarza*

*Podstawa prawna:*

*1) Ustawa z dnia 14 grudnia 2016r.; Prawo Oświatowe, z późniejszymi zmianami*