

.....  
(pieczętka przychodni)

.....  
(miejsowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia ..... PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Zamieszkały/a .....

Rozpoznanie: .....

.....  
Cel wydania: Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Państwowej Szkole Muzycznej I stopnia im. Arno Kanta w Działdowie

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

Podstawa prawna:

Art. 142 Ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2021r poz. 1082 z późn zm.)