

(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 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)