

.....
pieczęć przychodni

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

**Nie stwierdzam przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia
nauki w Powiatowej Szkole Muzycznej I stopnia we Wrześni przez**

.....
imię i nazwisko kandydata

.....
miejscowość i data

.....
podpis i pieczęć lekarza

ZAŚWIADCZENIE wydaje się celem przedłożenia w PSM I st we Wrześni.

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo Oświatowe, z późniejszymi zmianami /Art.142/