

.....
Pieczęć jednostki przeprowadzającej badanie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego przeprowadzonego w dniu
stwierdzam u kandydata do Ogólnokształcącej Szkoły Baletowej im. R. Turczynowicza
w Warszawie

.....
(imię i nazwisko)

data urodzenia PESEL

zamieszkała/y w

.....
(adres zamieszkania kandydata)

- 1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia*
- 2) przeciwwskazania zdrowotne do podjęcia nauki*

*) Właściwie podkreślić.

.....
Pieczęć i podpis
lekarza przeprowadzającego
badanie