

.....  
Pieczęć jednostki przeprowadzającej badanie

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego przeprowadzonego w dniu .....  
stwierdzam u kandydata do **Niepublicznej Szkoły Sztuki Tańca w Siedlcach**

.....  
(imię i nazwisko)

data urodzenia ..... PESEL .....

zamieszkała/y w .....  
(adres zamieszkania kandydata)

1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki\*

2) przeciwwskazania zdrowotne do podjęcia nauki\*

-----

\*) Właściwe podkreślić.

.....  
Pieczęć i podpis lekarza  
przeprowadzającego badanie