Szkoła Muzyczna I stopnia w Odolanowie

ul. Bartosza 7, 63-430 Odolanów

Tel. (62) 733-13-08, e-mail: [smodolanow@wp.pl](mailto:smodolanow@wp.pl)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

**KANDYDATA DO SZKOŁY MUZYCZNEJ I STOPNIA W ODOLANOWIE**

**IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA ……………………………………………………………………………………………………….**

**NIE STWIERDZAM U KANDYDATA PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO**

**PODJĘCIA NAUKI NA WYBRANYM INSTRUMENCIE W SZKOLE MUZYCZNEJ.**

**…………………………………………………… ……..…………………………………………….**

**[miejscowość ,data] [podpis i pieczątka lekarza]**