

.....dnia.....

.....  
pieczęć przychodni

## **Zaświadczenie lekarskie**

Nie stwierdzam u dziecka .....  
( imię i nazwisko dziecka)

przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki w Społecznej Niepublicznej  
Ogólnokształcącej Szkole Muzycznej I stopnia w Słubicach.

.....  
( pieczętka i podpis lekarza)