

.....
(miejsowość) (data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DOTYCZĄCE KSZTAŁCENIA
W LICEUM SZTUK PLASTYCZNYCH
W GOLUBIU-DOBRZYNIU

.....
(Imiona i nazwisko kandydata)

.....
(PESEL)

- MOŻE podjąć kształcenie w Liceum Sztuk Plastycznych w Golubiu-Dobrzyniu*
- NIE MOŻE podjąć kształcenia w Liceum Sztuk Plastycznych w Golubiu-Dobrzyniu*

* niewłaściwe skreślić

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)