

.....  
(miejscowość)      (data)

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

.....  
(Imię 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)