

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA O STANIE ZDROWIA
KANDYDATA DO ZSM

Imię i nazwisko dziecka.....

Słuch: dobry / słaby* [proszę podać przyczynę]

.....

Skłonność do przeziębień: duża / średnia / mała*

Wzrok: dobry / wymaga szkielek korekcyjnych *

Kręgosłup: układ prawidłowy / wada postawy*

Inne ważne informacje o stanie zdrowia dziecka:

.....

.....

Może być uczniem szkoły muzycznej: tak / nie*

.....

[podpis i pieczęć lekarza]