

pieczęć placówki  
służby zdrowia

.....  
miejsowość

.....  
data

## **ORZECZENIE LEKARSKIE dotyczące kształcenia i nauki zawodu \***

.....  
Nazwisko i imię

.....  
Data urodzenia

1. Może podjąć kształcenie/pracę w zawodzie Kostiumografa/Projektanta Ubioru.
2. Przeciwwskazana praca w zawodzie wymagającym:

\*)

.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
\* właściwie podkreślić

.....  
podpis i pieczęć lekarza