

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/Grafika.
2. Przeciwwskazana praca w zawodzie wymagającym:

*)

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

* właściwie podkreślić

.....
podpis i pieczęć lekarza