

.....
miejsce, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla Bursy Szkolnej nr 2 w Szczecinie* o stanie zdrowia kandydata ubiegającego się o miejsce w placówce.

Stan zdrowia (imię i nazwisko dziecka)
pozwala / nie pozwala* na zamieszkanie w bursie.

Informacja o alergiach:

.....
.....

Zażywanych w związku z alergią lekach:

.....

Informacja o chorobach chronicznych:

.....

Zażywanych w związku z chorobą lekach:

.....

Uwagi:

.....

.....
podpis i pieczęć lekarza

*Informacja tylko do wiadomości Bursy Szkolnej nr 2 w Szczecinie.

*Niepotrzebne skreślić.