

Racibórz, .....

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zaświadczenie potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu:

.....

/imię i nazwisko kandydata/

zostanie dostarczone w terminie do 25.09.2020 r. Termin badania u lekarza medycyny pracy ustalono na: .....

Jestem świadom, że niedostarczenie w w/w terminie owego zaświadczenia będzie równoznaczne ze skreśleniem z listy uczniów.

.....

/ podpis rodzica/