

WYKAZ PRZEBADANYCH KANDYDATÓW / UCZNIÓW /
niepełnoletnich kandydatów/ słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych – kwalifikacja do
praktycznej nauki zawodu

Do faktury/rachunku Nr/2025 r. z dnia2025r.

Lp.	Imię i nazwisko adres zamieszkania	Data badania	Kierunek kształcenia (zawód)	Nr z rejestru wyd. zaświadczeń/ inicjały lekarza wydającego orzeczenie	Badanie lekarskie zakończone wydaniem orzeczenia (Tak/Nie)

Sporządził:

.....
(data, imię i nazwisko)

Potwierdzam wykonanie badań w ilości

Kierownik PJSMP

.....
data, podpis, pieczęć

Potwierdzam wykonanie badań w ilości

Dyrektor Szkoły

.....
data, podpis, pieczęć

.....
Pieczęć Szkoły