

WYKAZ PRZEBADANYCH KANDYDATÓW / UCZNIÓW/  
 niepełnoletnich kandydatów/ słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych –  
 badania jednoczesne: kwalifikacja do praktycznej nauki zawodu oraz  
 w celu ustalenia istnienia lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami

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

Lp.	Imię i nazwisko adres zamieszkania	Data badania	Kierunek kształcenia (zawód) / kat.prawa jazdy	Nr z rejestrów wyd. zaświadczeń/orzeczeń inicjały lekarza wydającego orzeczenia	Badania lekarskie zakończone wydaniem orzeczeń (Tak/Nie)

Sporządził:

.....  
 (data, imię i nazwisko)

Potwierdzam wykonanie badań w ilości .....

Dyrektor Szkoły

Potwierdzam wykonanie badań w ilości .....

.....  
 data, podpis, pieczęć

Kierownik PJSMP

.....  
 data, podpis, pieczęć

.....  
 Pieczęć Szkoły