POTWIERDZENIE WIZYTY LEKARSKIEJ/AMBULATORYJNEJ

Potwierdzam, że ……
(Imię i nazwisko ucznia)

w dniu dzisiejszym zgłosił się na wizytę lekarską/ambulatoryjną.

……. ……
(data) *(pieczątka przychodni)*

Niezdolny do uczestniczenia w zajęciach szkolnych w dniach od …….. do ……

……
(podpis i pieczątka lekarza/przychodni)

* nieobowiązkowe (tylko na życzenie ucznia i z woli lekarza/przychodni)

POTWIERDZENIE WIZYTY LEKARSKIEJ/AMBULATORYJNEJ

Potwierdzam, że ……
(Imię i nazwisko ucznia)

w dniu dzisiejszym zgłosił się na wizytę lekarską/ambulatoryjną.

……. ……
(data) *(pieczątka przychodni)*

Niezdolny do uczestniczenia w zajęciach szkolnych w dniach od …….. do ……

……
(podpis i pieczątka lekarza/przychodni)

* nieobowiązkowe (tylko na życzenie ucznia i z woli lekarza/przychodni)