

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

_____ «___» _____ 20___ г.

(Ф.И.О. ребенка)

(дата рождения)

По состоянию здоровья к занятиям на отделении _____

Детской школы искусств № 6 г. Хабаровска допускается.

Врач

«___» _____ 20___ г.
