

**ZAŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ
DO PODJĘCIA KSZTAŁCENIA NA KIERUNKU
LOGOPEDIA I PEDAGOGIKA SZKOLNA**

Zaświadczam, że:

na podstawie badania logopedycznego przeprowadzonego u Pani/Pana

.....
*(imię i nazwisko kandydatki/a) **

.....
*nr PESEL / w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL — nazwa i numer dokumentu tożsamości **

przeprowadzonego w dniu

**stwierdzam brak przeciwwskazań do wykonywania zawodu logopedy z punktu
widzenia prawidłowości aparatu i funkcji głosowych, słuchowych i artykulacyjnych.**

.....
(tytuł, imię i nazwisko logopedy)

zatrudniona/y lub* prowadząca/y praktykę logopedyczną w

.....
(nazwa placówki/gabinetu zgodnie z wpisem do CEIDG)

.....
adres, (ulica nr, kod i miejscowość)

.....
(miejsce i data wystawienia)

.....
(podpis i pieczętka uprawnionego logopedy)