



SZKOŁA
JĘZYKÓW
OBcych

AUTORYZOWANE CENTRUM EGZAMINACYJNE



Cambridge Assessment
English

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wypełnia przychodnia

Pieczątką przychodni	data
Zaświadcza się, że Pan/Pani	
Urodzony/a dnia	
Nie mógł/mogła przystąpić do egzaminu w dniu	
	Pieczątką i podpis lekarza

Wypełnia kandydat

Termin sesji
Egzamin
Proszę o zwrot 50% kosztów wniesionej przeze mnie opłaty za egzamin, w którym nie mogłem/am uczestniczyć z powodu choroby.
podpis Kandydata

UWAGA! Niniejsze zaświadczenie lekarskie należy dostarczyć na adres BRITISH CENTRE w nieprzekraczalnym terminie 14 (czternastu) dni od daty egzaminu.