AUTORYZOWANE CENTRUM EGZAMINACYJNE
Cambridge Assessment English
Authorised Exam Centre

PL036

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

MEDICAL CERTIFICATE

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Wypełnia przychodnia

Pieczątka przychodni	Data
Zaświadcza się, że Pan / Pani *This is to certify that Mr / Ms*	
Urodzony/a w dniu *Born on*	
Nie mógł/mogła przystąpić do egzaminu w dniu *Could not take the exam on /date/*	
Z uwagi na: *Due to:*	
Pieczątka i podpis lekarza	

Wypełnia kandydat

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

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