Załącznik Nr 2
do umowy nr ……... z dnia……....

L.p.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Kandydat/uczeń	Rok nauki	Profil, kierunek nauczania	Data wydania orzeczenia	Lekarz

……..
Podpis i pieczęć osoby reprezentującej placówkę dydaktyczną

……..
Podpis i pieczęć osoby reprezentującej PJSMP