…….. ……...
(pieczęć placówki lekarskiej) (miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku przeprowadzonych badań neurologicznych nie stwierdza się występowania przeciwskazań do stosowania u ucznia:

……..PESEL……
imię i nazwisko

treningów wspomagających rozwój procesów poznawczych przy pomocy metody EEG Biofeedback.

……
pieczęć i podpis lekarza specjalisty