



	In te vullen door de kandidaat
Naam Kandidaat:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode plaats:	
Examendatum:	
Examenonderdeel/-delen:	

Als wij deze verklaring ondertekend per mail/post retour ontvangen, afgedrukt op briefpapier van uw behandelend arts en/of voorzien van een stempel van uw arts gaan wij over tot restitutie van het examengeld.

Verklaring

Hierbij verklaar ik, behandelend arts van bovengenoemde kandidaat, dat hij/zij door medische klachten niet in staat is (geweest) om op de genoemde datum deel te nemen aan het examenonderdeel/de examenonderdelen

Handtekening
behandelend arts:

Stempel praktijk: