

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn.
(miejsowość, data)

ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzony/a w
(data urodzenia) (miejsowość)

Zamieszkały/a:
(adres)

Jest zdolny/ zdolna do nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego
w Zespole Szkół Centrum Kształcenia Zawodowego im. W. Witosa w Bujnach.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe
(Dz. U. z 2021 r. poz. 1082).

.....
(pieczęć i podpis lekarza)