

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn.
(miejscowość, data)

ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do przystąpienia do próby sprawności fizycznej oraz nauki w Oddziale Przygotowania Wojskowego/Oddziale o Profilu Mundurowym* w Zespole Szkół Centrum Kształcenia Zawodowego im. W. Witosa w Bujnach

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzony/a w
(data urodzenia) (miejscowość)

Zamieszkały/a:
(adres)

Posiada bardzo dobry stan zdrowia i nie ma przeciwwskazań do nauki w Oddziale Przygotowania Wojskowego/ Oddziale o Profilu Mundurowym* 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 (tj. Dz.U.2025 poz.1043 z późn.zm.)

Art. 143.

*ust.1. Do klasy I publicznej szkoły ponadpodstawowej, o której mowa w art. 18 ust. 1 pkt 2 lit. a, prowadzonej przez Ministra Obrony Narodowej, oddziału przygotowania wojskowego w publicznej szkole ponadpodstawowej albo oddziału o profilu mundurowym w publicznej szkole ponadpodstawowej przyjmuje się kandydatów, którzy:
pkt.2) posiadają bardzo dobry stan zdrowia, potwierdzony orzeczeniem lub zaświadczeniem lekarskim wydanym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;*

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*Niepotrzebne skreślić