

.....
(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 Ponadpodstawowych im. I. J.
Paderewskiego w Sulejówku.**

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe
(Dz. U. z 2020 r. poz. 910 i 1378 oraz z 2021 r. poz. 4)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)