

.....  
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

dn.....  
(miejsowość)(data)

## ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki  
w klasie policyjno-wojskowej

Zaświadcza się, że

.....  
(imię i nazwisko)

PESEL.....

Urodzony/a.....W.....  
(data urodzenia) (miejsowość)

Zamieszkały/a:.....  
(adres)

jest zdolny/zdolna do nauki w KLASIE POLICYJNO-WOJSKOWEJ  
w Liceum Ogólnokształcącym 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.2021.0.1082 t.j.)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)