

.....
pieczęć zakładu służby zdrowia

....., dnia
(miejscowość i data)

ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzona/y W
(data urodzenia) (miejscowość)

Zamieszkała/y
(adres)

.....

Jest zdolna/y do nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego w IV Liceum
Ogólnokształcącym w Powiatowym Zespole Szkół Nr 1 w Kościerzynie.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

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