…………………..………….. ………….….……………….

(pieczęć zakładu służby zdrowia) (miejscowość i 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) (miejscowość)

zamieszkały/a:

…………………………………………………………………………………….

(adres)

jest zdolny/a do nauki w klasie - Oddział Przygotowania Wojskowego w Technikum Pojazdów Samochodowych w Zespole Szkół Ponadpodstawowych nr 1 im. Kresowiaków
 w Bartoszycach.

Podstawa prawna:

art. 143 ust.1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo Oświatowe (Dz.U.2020 poz. 910).

……………………………………..

 (pieczątka i podpis lekarza)