………………..……..………….. …………...……….….……………….

(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)