

.....
(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 Bartoszychach.

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)