

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

.....
(miejsowość 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) (miejsowość)

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 Bartoszych.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (tj. Dz. U. z 2025 r. poz. 1493).

.....
(pieczęć i podpis lekarza)