

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

.....dnia.....
(miejscowość 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/ zdolna do nauki w kasie – Oddział Przygotowania Wojskowego w
Zespole Szkół im. Macieja Rataja w Gościnie.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo
oświatowe (Dz. U. z 2021 r. poz. 1082 oraz z 2022 r. poz. 655)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)