

.....  
(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 2019 r. poz. 1148, 1078, 1287, 1680, 1681, 1818, 2197 i 2248 oraz z  
2020 r. poz. 374)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)