

.....

(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn.

(miejsowość, 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)

Nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego
w Liceum Ogólnokształcącym im. Komisji Edukacji Narodowej w Dynowie.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe

(Dz. U. z 2020 r. poz. 910 i 1378 oraz z 2021 r. poz. 4)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)