

.....

(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)

Jest zdolny/zdolna do nauki w klasie - Oddział Przygotowania Wojskowego
w Technikum nr 2 przy Powiatowym Centrum Edukacyjnym im. Eugeniusza Kwiatkowskiego
w Lęborku.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. 2023.0.900 t.j.).

.....

.....

(pieczęć i podpis lekarza)