

.....
(pieczęć zakładu podstawowej opieki zdrowotnej)

..... dn.
(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 i miejsce urodzenia)

Zamieszkały/a: (adres)

posiada bardzo dobry stan zdrowia i jest zdolny/ zdolna do podjęcia nauki
w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego
w Liceum Ogólnokształcącym w Trzebini

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza POZ)