

.....
pieczęć zakładu służby zdrowia

.....
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 Technikum nr 1 w Zespole Szkół Ponadpodstawowych nr 1 im. Tadeusza Kościuszki
w Tomaszowie Mazowieckim.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe
(Dz. U. z 2023 r. poz. 900)

.....
Podpis i pieczęć lekarza