

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn.
(miejscowość, data)

ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzony/a

.....
(data urodzenia)

W
(miejscowość)

Zamieszkały/a:
(adres)

Jest zdolny/zdolna do nauki w kasie – Oddział Przygotowania Wojskowego
w II Liceum Ogólnokształcącym w Stargardzie.

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).

.....
(pieczęć i podpis lekarza)