

.....  
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

....., dnia.....  
(miejscowość i data)

**ORZECZENIE LEKARSKIE**  
**WYSTAWIONE PRZEZ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ\***

Zaświadcza się, że .....  
(imię i nazwisko)

PESEL.....

Urodzony/a.....W.....  
(data urodzenia) (miejscowość)

Zamieszkały/a: .....  
.....  
(adres)

posiada bardzo dobry stan zdrowia, umożliwiającą podjęcie nauki w klasie Oddziału Przygotowania Wojskowego w Zespole Szkół im. Macieja Rataja w Gościnie.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)

- \* *Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 900 ze zm.) :*  
*„(...) Do klasy I (...) oddziału przygotowania wojskowego w publicznej szkole ponadpodstawowej przyjmuje się kandydatów którzy:*  
*(...)*  
*2) posiadają bardzo dobry stan zdrowia, potwierdzony orzeczeniem lekarskim wydanym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”.*