

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dnia.....
(miejscowość data)

ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego i/lub klasie o profilu mundurowym

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL.....

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

Zamieszkały/a:.....
(adres)

Jest zdolny/ zdolna do nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego i/lub klasie o profilu mundurowym w Zespole Szkół im. Macieja Rataja w Gościnie.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 737 z późn. zm.).

.....
(pieczęć i podpis lekarza)