

.....
(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, umożliwiający podjęcie nauki w klasie Oddziału Przygotowania Wojskowego i/lub oddziale o profilu mundurowym 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 2024 r. poz. 737 z późn. zm.):
„(...) Do klasy I (...) oddziału przygotowania wojskowego w publicznej szkole ponadpodstawowej albo oddziału o profilu mundurowym w publicznej szkole ponadpodstawowej przyjmuje się kandydatów, którzy:
(...)
2) posiadają bardzo dobry stan zdrowia, potwierdzony orzeczeniem lekarskim wydanym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”.