

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dnia
(miejsowość, data)

ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki w Oddziale Przygotowania Wojskowego

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzony/a W

Zamieszkały/a:
(adres)

jest zdolny/zdolna* do nauki w klasie technikum – Oddział Przygotowania
Wojskowego w Zespole Szkół Rolniczych i Ogólnokształcących w Jagarzewie.

Podstawa prawna:

art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2021.0.1082 t.j.).

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* Niepotrzebne skreślić