

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn.
(miejsowość, data)

ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzony/a W
(data urodzenia) (miejsowość)

Zamieszkały/a:.....
(adres)

Jest zdolny/zdolna do nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego
w Zespole Szkół Nr 3 w Puławach.

Podstawa prawna:

➤ art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe
(Dz.U. z 2023 r. poz. 900,1672,1718 i 2005)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)