

.....  
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

.....  
(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 Technicznych w Żninie.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 910 i 1378 oraz z 2021 r. poz. 4).

.....

(pieczęćka i podpis lekarza)

\* niepotrzebne skreślić