

.....

(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn.

(miejscowość, 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)

(miejscowość)

Zamieszkały/a:.....

(adres)

Jest zdolny/ zdolna do nauki w kasie – Oddział Przygotowania Wojskowego w Technikum Logistycznym w Zespole Szkół Ponadpodstawowych w Świeciu.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe.

.....

(pieczęć i podpis lekarza)