

.....
(pieczęć zakładu podstawowej opieki zdrowotnej)

..... dn.
(miejscowość)

ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego

Zaświadcza się, że.....(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzony/a W.....(data i miejsce urodzenia)

Zamieszkały/a:.....(adres)

posiada bardzo dobry stan zdrowia i jest zdolny/ zdolna do podjęcia nauki

w Oddziale Przygotowania Wojskowego

w Zespole Szkół im. Stanisława Staszica w Parczewie

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2021 r. poz. 1082).

.....
(pieczęć i podpis lekarza POZ)