…………………………………………….. ……………………………, dn. ……………………..  
(pieczęć zakładu służby zdrowia) (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 zamieszkania)

jest zdolny/zdolna do nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego,  
w I Zespole Szkół im. Stanisława Staszica we Wschowie.

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

……………....................................   
 (pieczątka i podpis lekarza)