…………………………………………….. ……………………………, 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)