

.....
(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 klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego
w Zespole Szkół Ponadpodstawowych w Rydułtowach.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe
(Dz. U. z 2025 r. poz. 1043 z późn. zm.)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)