

.....
(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
(dokładny adres)

Jest zdolny / zdolna do nauki w klasie Oddział Przygotowania Wojskowego
w Powiatowym Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego, Technikum
Zawodowe nr 1 im. Profesora Wiktora Zina w Wałczu.

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)