

.....dn.....

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

Pesel....., urodzony/a.....
(data urodzenia)

w.....
(miejsowość)

Zamieszkały/a:.....
(adres)

Jest zdolny / zdolna do nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego w Liceum
Ogólnokształcącym w Nowym Mieście nad Pilicą w Zespole Szkolno-Przedszkolnym im.
Karola Wojtyły w Nowym Mieście nad Pilicą.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe
(Dz. U. z 2020 r. poz. 910 i 1378 oraz z 2021 r. poz. 4).

.....
(pieczęć i podpis lekarza)