

.....  
(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 mundurowej (Oddziale Przygotowania Wojskowego) w I Liceum Ogólnokształcącym im. Tadeusza Kościuszki w Dąbrowie Tarnowskiej.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2021 r. poz. 1082 ze zm.).

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)