

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn.
(miejscowość, data)

ORZECZENIE/ZASWIADCZENIE* LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w klasie mundurowej - OPW / OSG

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 / Oddziale Straży Granicznej) 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
2024 r. poz. 737).

*niepotrzebne skreślić

.....
(pieczęć i podpis lekarza)