

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

(miejsowość, 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) (miejsowość)

zamieszkały/a: \_\_\_\_\_  
(adres)

jest zdolny/a do nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego  
w Zespole Szkół Technicznych im. Bohaterów Września 1939 r., ul. Janka Bytnara 2,  
36-100 Kolbuszowa

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)