

..... dn. ....

.....  
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

**ORZECZENIE LEKARSKIE**  
o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki  
w Oddziale Przygotowania Wojskowego

Zaświadcza się, że .....  
(imię i nazwisko)  
PESEL .....

Urodzony/a .....  
(data urodzenia)  
w .....

Zamieszkały/a:.....  
..... (adres)

Nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego w Liceum Ogólnokształcącym im. Marii Konopnickiej w Wodzisławiu.

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)