

.....  
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

.....  
(miejsowość i data)

## ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki  
w Oddziale Przygotowania Wojskowego

Zaświadcza się, że .....  
(imię i nazwisko kandydata/ucznia)

PESEL .....

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

Zamieszkały/a (adres):

.....  
.....

Jest zdolny/a do nauki w klasie Oddział Przygotowania Wojskowego w Zespole Szkół w Bolechowie  
im. Gen Dezyderego Chłapowskiego w Bolechowie ul. Obornicka 1, 62-005 Owińska.

Podstawa prawna:

Art.143 ust.1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo Oświatowe (Dz.U.2020 poz. 910).

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)