………………………………………… …………………………......

*(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej) (miejscowość, data)*

# ORZECZENIE LEKARSKIE

**O STANIE ZDROWIA DZIECKA/ UCZNIA**

Na podstawie art.143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 910) stwierdzam, że:

imię i nazwisko .................................................................................................................................

zamieszkała/-ły .................................................................................................................................

data urodzenia ..................................................................................................................................

PESEL ..............................................................................................................................................

posiada / nie posiada\* bardzo dobry stan zdrowia wymagany do uczestnictwa   
w testach i ćwiczeniach sprawnościowych związanych z rekrutacją do szkoły

………………………………

*(pieczęć i podpis lekarza)*

………………………………………… …………………………......

*(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej) (miejscowość, data)*

# ORZECZENIE LEKARSKIE

**O STANIE ZDROWIA DZIECKA/ UCZNIA**

Na podstawie art.143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 910) stwierdzam, że:

imię i nazwisko .................................................................................................................................

zamieszkała/-ły .................................................................................................................................

data urodzenia ..................................................................................................................................

PESEL ..............................................................................................................................................

posiada / nie posiada\* bardzo dobry stan zdrowia wymagany do uczestnictwa   
w testach i ćwiczeniach sprawnościowych związanych z rekrutacją do szkoły

………………………………

*(pieczęć i podpis lekarza)*