

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn.
(miejscowość, data)

ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki w Branżowym Oddziale Wojskowym

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzony/a W
(data urodzenia) (miejscowość)

Zamieszkały/a:.....
(adres)

Jest zdolny/zdolna* do nauki w Branżowym Oddziale Wojskowym w Zespole Szkół w Rybniku Zakładu Doskonalenia Zawodowego w Katowicach.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 poz. 900 z późn. zm.)