

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn.
(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/zdolna* do nauki w Oddziale Przygotowania Wojskowego 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.)