

(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn.....
(miejscowość, data)

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

*o braku przeciwwskazań zdrowotnych
do przystąpienia do próby sprawności fizycznej oraz nauki w Zespole
Szkół im. Orłów Lwowskich w Tychach ZDZ Katowice.*

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzony/a w
(data urodzenia) (miejscowość)

Zamieszkały/a:.....
(adres)

Nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do przystąpienia do próby sprawności fizycznej oraz nauki w*:

☐ Liceum Ogólnokształcącym:	☐ kształcenie ogólne- oddział o profilu mundurowym - policja/straż graniczna
	☐ kształcenie ogólne klasa mundurowa- Oddział Przygotowania Wojskowego
	☐ kształcenie ogólne- klasa mundurowa policyjna - wygaszenie po roku 2027/2028
	☐ Kształcenie ogólne ratowniczo-obronna - klasa mundurowa ze specjalnością dronową
☐ Technikum	☐ technik logistyk- klasa mundurowa

**zaznaczyć właściwą szkołę i klasę*

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)