

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn.
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki
w Liceum Ogólnokształcącym im. Orłąt Lwowskich w Tychach
ZDZ Katowice.*

Zaświadcza się, że
(imię / imiona i nazwisko)

PESEL

Urodzony/a w
(data urodzenia dd-mm-rrrr) (miejscowość, województwo)

Zamieszkały/a:
(kod, miejscowość, ulica, numer)

Nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki w klasie*:

- kształcenie ogólne- oddział o profilu mundurowym MSWiA - policja/straż graniczna
 kształcenie ogólne klasa mundurowa - Oddział Przygotowania Wojskowego

**(zaznaczyć właściwy kierunek)*

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)