……………………….. ………….……………….  
(pieczęć zakładu służby zdrowia) (miejscowość i data)

**ORZECZENIE LEKARSKIE**

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki   
w oddziału przygotowania wojskowego w publicznej szkole ponadpodstawowej

Zaświadcza się, że …………………………………………………………………  
 (imię i nazwisko)

PESEL ……………………………………

urodzony/a ………………………………………….. w ………………………….  
 (data urodzenia) (miejscowość)

zamieszkały/a: …………………………………………………………………………………….  
 (adres)

jest zdolny/a do nauki w klasie mundurowej prawo i bezpieczeństwo wewnętrzne

Podstawa prawna: art. 143 ust.1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo Oświatowe (Dz.U.2020 poz. 910).

……………………………………..  
 (pieczątka i podpis lekarza)