

.....
.....
(miejsowość/ data)

(pieczęć zakładu służby zdrowia)

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 klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego w Zespole Szkół
Ponadpodstawowych im. I. J.Paderewskiego w Sulejówku.**

.....
(pieczęć i podpis lekarza)