

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn.
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*o braku przeciwwskazań zdrowotnych
do przystąpienia do próby sprawności fizycznej oraz nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego
w Zespole Szkół im. Władysława Orkana w Marcinkowicach*

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzony/a w
(data urodzenia) (miejsowość)

Zamieszkały/a:
(adres)

Nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do przystąpienia do próby sprawności fizycznej oraz nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego w Zespole Szkół im. Władysława Orkana w Marcinkowicach.

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)