Zał.1

................................... ............................dn....................

(pieczęć zakładu służby zdrowia) (miejscowość, data)

# ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego

Zaświadcza się, że ...............................................................................................

 (imię i nazwisko)

PESEL...................................................................................................................

Urodzony/a...................................................w..................................................

(data urodzenia) (miejscowość)

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

Jest zdolny/zdolna do nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego
w Technikum w Zespole Szkół Ponadpodstawowych im. Stanisława Staszica w Iłży.

*Podstawa prawna:*

* *art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe
(Dz.U.z2021r.poz.1082z późn. zm.)*

……………....................................

(pieczątka i podpis lekarza)