

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn.
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki w Oddziale Przygotowania Wojskowego
w Liceum Ogólnokształcącym im. Czesława Tańskiego w Puszczy Mariańskiej*

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL

**Posiada bardzo dobry stan zdrowia oraz nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego w Liceum Ogólnokształcącym im. Czesława
Tańskiego w Puszczy Mariańskiej.**

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe
(Dz.U.2023.900 ze zm.)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)