

.....  
(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.2024.737 t.j.)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)