

.....  
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn. ....  
(miejsowość, data)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

*o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki w  
oddziale przygotowania wojskowego / oddziale o profilu mundurowym  
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 / oddziale o profilu mundurowym 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.2025.1043 ze zm.)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)