

.....
/pieczęć zakładu służby zdrowia/

..... dn.
/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 VIII Liceum Ogólnokształcącym w Bydgoszczy.

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/