

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dnia
(miejscowość, data)

ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego/Oddziale Mundurowym

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/Oddział Mundurowy
w Technikum nr 2 im. ks. Stanisława Konarskiego w Zespole Szkół Ponadpodstawowych nr 2 w Jaworznie.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. 2025 poz. 1043)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)