

.....
(pieczęć zakładu podstawowej opieki zdrowotnej)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**o braku przeciwwskazań zdrowotnych do przystąpienia do prób sprawności fizycznej
oraz nauki w Oddziale Przygotowania Wojskowego**

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzony(a) W
(data urodzenia) (miejsowość)

Zamieszkały(a)
(adres z kodem pocztowym i miejscowością)

Nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do przystąpienia do prób sprawności fizycznej oraz nauki w klasie o profilu Technik informatyk z Oddziałem Przygotowania Wojskowego w Technikum Nr 2 im. Bohaterów Powstania Styczniowego w Busku - Zdroju.

Podstawa Prawna:

Art. 143 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo Oświatowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 1043 z późn. zm.).

.....
(pieczęć i podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)