
(Miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Zaświadcza się,

że _____
(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzony/a

_____ W _____
(data urodzenia) (miejscowość)

Zamieszkały/a:

(adres)

jest zdolny / zdolna* do nauki w _____
(nazwa oddziału)

Liceum Ogólnokształcącego w Zespole Szkół Ponadpodstawowych im. Jana Kasprówicza
w Nietążkowie.

Podstawa prawna: art. 137 ust 1 pkt 1, art. 137 ust 4, art. 143 ust. 1 pkt 3 Ustawy z dnia 14 grudnia
2016 r. - Prawo oświatowe (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1043).

(pieczęć i podpis lekarza)

*Niepotrzebne skreślić