

.....  
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

.....  
(miejsowość, 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) (miejsowość)

Zamieszkały/a:.....

(adres z kodem pocztowym i miejscowością)

Nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego  
w Zespole Szkół Transportowo-Mechatronicznych w Skarżysku-Kamienej.

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)