

.....  
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

.....  
(miejsowość, data)

**ORZECZENIE LEKARSKIE**

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki  
w Oddziale Przygotowania Wojskowego  
oraz próby sprawności fizycznej

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 2025 r. poz. 1043, 1160 i 1837 oraz z 2026 r. poz. 187 i 203).

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)