

.....

(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn.

(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do przystąpienia do próby sprawności fizycznej
oraz nauki w Oddziale Przygotowania Wojskowego/Oddziału o profilu mundurowym
w Wojniczu

Zaświadcza się, że

(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzony/a w

(data urodzenia)

(miejscowość)

Zamieszkały/a:.....

(adres)

Nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do przystąpienia do próby sprawności fizycznej oraz nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego/Oddział o profilu mundurowym w Liceum Ogólnokształcącym w Zespole Szkół Licealnych i Technicznych im. Jana Pawła II w Wojniczu.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe
(Dz. U. 2024.0.737 t.j.)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)