

....., dnia 2025 r.
(miejscowość)

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

ORZECZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia umożliwiającym podjęcie nauki
w oddziale mundurowym

Zaświadczam się, że
(imię i nazwisko)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

urodzony/aw
(data urodzenia) (miejscowość)

zamieszkały/a:
(adres)

posiada bardzo dobry stan zdrowia umożliwiający podjęcie nauki w oddziale mundurowym
w Publicznym Liceum Ogólnokształcącym Zespołu Szkół im. Józefa Warszawicza w Prószkowie.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe
(Dz. U. z 2024 r. poz. 737)

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