

....., dnia ..... 2026 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/a .....w .....  
(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. 154 ust. 1 pkt 2, art. 161, ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe  
(Dz. U. z 2025 r. poz. 1043 z późn.zm.)

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