............................... ...........................dnia...................

(pieczęć zakładu służby zdrowia) (miejscowość data)

# ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki w

Oddziale o Profilu Mundurowym

Zaświadcza się, że ......................................................................................

(imię i nazwisko)

PESEL............................................................................................. ……….

Urodzony/a..................................................w...............................................

(data urodzenia) (miejscowość)

Zamieszkały/a:............................................................................................... (adres)

Jest zdolny/ zdolna do nauki Oddziale o Profilu Mundurowym

Zespole Szkół Ogólnokształcących nr 2 w Kartuzach.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo

oświatowe (Dz. U. z 2024 r. poz. 737 )

....................................

(pieczątka i podpis lekarza)