

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

.....dnia.....
(miejscowość data)

ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego/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

w Oddziale Przygotowania Wojskowego/Oddziale Mundurowym* w 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 2025 r. poz. 1043)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)