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

(pieczęć zakładu służby zdrowia) (miejscowość data)

**ORZECZENIE LEKARSKIE**

**o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki w oddziale przygotowania wojskowego**

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

(imię i nazwisko)

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

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

(data urodzenia) (miejscowość)

Zamieszkały/a:.............................................................................................................................

(adres)

Jest zdolny/ zdolna do nauki w kasie – Oddział Przygotowania Wojskowego w Zespole Szkół Powiatowych im. mjra H. Sucharskiego w Przasnyszu. Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2019 r. poz. 1148, 1078, 1287, 1680, 1681, 1818, 2197 i 2248 oraz z 2020 r. poz. 374)

………………..................................... (pieczątka i podpis lekarza)