

.....  
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn. ....  
(miejscowość, data)

## ORZECZENIE LEKARSKIE

**o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki  
w Oddziale Przygotowania Wojskowego i Klasie Policyjnej**

**Zaświadcza się, że** .....  
(imię i nazwisko)

**PESEL** .....

**Urodzony/a** .....  
(data urodzenia)

**W** .....  
(miejscowość)

**Zamieszkały/a:**.....  
(adres z kodem pocztowym i miejscowością)

**Nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego,  
klasie policyjnej w II Społecznym Liceum Ogólnokształcącym im. Toniego Halika  
w Ostrołęce.**

**Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo  
oświatowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 910 i 1378 oraz z 2021 r. poz. 4).**

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)