

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

Ostrołęka dn.
(miejscowość, data)

ORZECZENIE LEKARSKIE

**o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego lub Mundurowej (policyjnej, straży granicznej)**

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzony/a **W**
(data urodzenia) (miejscowość)

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

**Nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego,
klasie Mundurowej (policyjnej, straży granicznej) 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 2024 r. poz. 737).**

.....
(pieczęć i podpis lekarza)