................................... ............................ dn. ...................

(pieczęć zakładu służby zdrowia) (miejscowość, data)

# ZAŚWIADCZENIE 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 klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego   
w Zespole Szkół nr 4 im. Ziemi Podlaskiej w Bielsku Podlaskim.

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).

……………....................................

(pieczątka i podpis lekarza)