

.....  
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

.....  
(miejsowość 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) (miejsowość)

Zamieszkały/a .....  
(adres)

Jest zdolny/ zdolna do nauki w klasie Oddział Przygotowania Wojskowego w  
Liceum Ogólnokształcącym im. ks. kard. Stefana Wyszyńskiego w Staszowie.

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)