

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

dn.....
(miejscowość)(data)

ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w klasie policyjno-mundurowej

Zaświadcza się, że

.....
(imię i nazwisko)

PESEL.....

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

Zamieszkały/a:.....
(adres)

jest zdolny/zdolna do nauki w klasie policyjno-mundurowej w Liceum
Ogólnokształcącym w Zespole Szkół Ponadpodstawowych
im. I. J. Paderewskiego w Sulejówku.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe
(Dz.U.2021.0.1082 t.j.)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)