

.....  
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn. ....  
(miejscowość, 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) (miejscowość)

Zamieszkały/a:.....  
(adres)

Posiada bardzo dobry stan zdrowia pozwalający na podjęcie nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego w Zespole Szkół Nr 4 – IV Liceum Ogólnokształcące im. K. K. Baczyńskiego we Włocławku.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 900 z późn. zm.).

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

.....  
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn. ....  
(miejscowość, data)

## ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki  
w KLASIE MUNDUROWEJ O PROFILU POLICYJNYM

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

PESEL .....

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

Zamieszkały/a:.....  
(adres)

Posiada bardzo dobry stan zdrowia pozwalający na podjęcie nauki w klasie MUNDUROWEJ O PROFILU POLICYJNYM – w Zespole Szkół Nr 4 – IV Liceum Ogólnokształcące im. K. K. Baczyńskiego we Włocławku.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)