

.....

(pieczęć zakładu służby zdrowia)

.....dn.

(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

*o braku przeciwwskazań zdrowotnych
do przystąpienia do próby sprawności fizycznej oraz nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego
w Zespole Szkół Mechanicznych im. Józefa Piłsudskiego w Radziejowie.*

Zaświadcza się, że

(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzony/aW

(data urodzenia)

(miejsowość)

Zamieszkały/a:

(adres)

Nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do przystąpienia do próby sprawności fizycznej oraz nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego w Zespole Szkół Mechanicznych im. Józefa Piłsudskiego w Radziejowie

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)*

.....

(pieczętka i podpis lekarza)