

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*o braku przeciwwskazań zdrowotnych
do przystąpienia do próby sprawności fizycznej oraz nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego
w Zespole Szkół Ekonomicznych i Ogólnokształcących w Elblągu*

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzony/a w
(data urodzenia) (miejscowość)

Zamieszkały/a:
(adres)

***Nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do przystąpienia do próby sprawności fizycznej oraz
nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego w Zespole Szkół
Ekonomicznych i Ogólnokształcących w Elblągu***

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U.2024.737 t.j.)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)