

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn.
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE 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)

Jest zdolny/ zdolna do nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego
w Zespole Szkół im. Jana Pawła II w Kościelcu.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

