

.....  
(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 Ponadgimnazjalnych nr 5 im.  
Leszka Kołakowskiego w Koźuchowie

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo  
oświatowe (Dz.U.2023.900 t.j.).

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)