

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn.
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*o braku przeciwwskazań zdrowotnych
do przystąpienia do próby sprawności fizycznej oraz nauki w Oddziale Przygotowania
Wojskowego
w Zespole Szkół Agrotechnicznych i Ogólnokształcących im. Józefa Piłsudskiego w Żywcu*

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 Agrotechnicznych i
Ogólnokształcących im. Józefa Piłsudskiego w Żywcu***

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe
(Dz. U.2023.0.900 t.j)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)