

..... dnia.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia) (miejsowość) (data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego
lub w Oddziale o profilu mundurowym

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL.....

urodzony/a.....W.....
(data urodzenia) (miejsowość)

zamieszkały/a:.....
(adres)

posiada bardzo dobry stan zdrowia

i może podjąć naukę w klasie: **Oddział Przygotowania Wojskowego** lub **Oddział o profilu mundurowym** w Zespole Szkół im. Komisji Edukacji Narodowej w Tymbarku.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 1043 z późn. zm.).

.....
(pieczęć i podpis lekarza)