………………………………..dn. ………………………

……………………………………………

(pieczęć zakładu służby zdrowia)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki

w Oddziale Przygotowania Wojskowego

Zaświadcza się, że ………………………………………………………………………………

( imię i nazwisko)

Pesel……………………………………, urodzony/a…………………………………………

 ( data urodzenia)

w………………………………………………………………………………………………..

(miejscowość)

Zamieszkały/a:…………………………………………………………………………………

( adres)

Jest zdolny / zdolna do nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego w Liceum Ogólnokształcącym w Nowym Mieście nad Pilicą w Zespole Szkolno-Przedszkolnym im. Karola Wojtyły w Nowym Mieście nad Pilicą.

 Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe
(Dz. U. z 2020 r. poz. 910 i 1378 oraz z 2021 r. poz. 4).

 ……………....................................

 (pieczątka i podpis lekarza)