

.....
(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 Nr 1 im. Stanisława Staszica w Olkuszu

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 Oddziału Przygotowania Wojskowego w Zespole Szkół Nr 1 im. Stanisława Staszica w Olkuszu***

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U.2025.1043 t.j)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)