

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn.
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego
i klasy mundurowej – Policja, Straż Graniczna

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzony/a W
(data urodzenia) (miejsowość)

Zamieszkały/a:.....
(adres)

Jest zdolny/ zdolna do nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego
w Zespole Szkół Technicznych w Kłodzku.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe
(Dz. U. z 2025 r. poz. 1043, 1160 i 1837 oraz z 2026 r. poz. 187, 203, 451 i 504)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)