

.....

(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 Technikum im. Władysława Grabskiego w Zespole Szkół Zawodowych w Odonowie

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 Technikum im. Władysława  
Grabskiego w Zespole Szkół Zawodowych w Odonowie.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (t.j.  
Dz. U. z 2021 r. poz. 1082, z 2022 r. poz. 655, 1079, 1116, 1383, 1700, 1730, 2089, z 2023  
r. poz. 185)

.....

(pieczęćka i podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)