

.....  
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn. ....  
(miejscowość, data)

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

*o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki w  
oddziale przygotowania wojskowego / oddziale o profilu mundurowym  
w I Liceum Ogólnokształcącym im. Powstańców Śląskich w Praszce*

Zaświadcza się, że .....  
(imię i nazwisko)

PESEL .....

**Posiada bardzo dobry stan zdrowia oraz nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do nauki  
w oddziale przygotowania wojskowego / oddziale o profilu mundurowym w I Liceum  
Ogólnokształcącym im. Powstańców Śląskich w Praszce**

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe  
(Dz.U.2024.737 ze zm.)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)