

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn.
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego

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 Akademickich im. Obrońców Wisły 1920 roku we Włocławku.

.....
podpis lekarza