........................................................ ………………. dnia .............................

(pieczęć zakładu służby zdrowia) (miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

*o braku przeciwwskazań zdrowotnych*

*do przystąpienia do próby sprawności fizycznej oraz nauki*

*w Oddziale Przygotowania Wojskowego*

*w Liceum Ogólnokształcącym*

*w Zespole Szkół im. Jarosława Iwaszkiewicza w Sochaczewie*

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 Liceum Ogólnokształcącym w Zespole Szkół im. Jarosława Iwaszkiewicza w Sochaczewie***

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe

(Dz. U. z 2024.0.737 tj)

…………………………………………

(pieczątka i podpis lekarza)