........................................... ...........................dnia...................

(pieczęć zakładu służby zdrowia) (miejscowość) ( data)

**ORZECZENIE LEKARSKIE**

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa

w próbie sprawności fizycznej

Zaświadcza się, że ......................................................................................

(imię i nazwisko)

PESEL.................................................

zamieszkały/a:...............................................................................................

(adres)

nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w próbie sprawności fizycznej do klasy technik logistyk – oddział przygotowania wojskowego w Technikum Nr 6

w Lotniczych Zakładach Naukowych we Wrocławiu.

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

....................................

(pieczątka i podpis lekarza)