..... ……..... dn. .....
(pieczęć zakładu służby zdrowia) (miejscowość) (data)

ORZECZENIE LEKARSKIE
o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego

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

PESEL											

Urodzony/a..... w …….....
(data urodzenia) (miejscowość)

Zamieszkały/a:…….....
(adres)

Jest / nie jest zdolny/zdolna do nauki w klasie – oddziału przygotowania wojskowego – MON / klasy mundurowej MSWiA* w IX Liceum Ogólnokształcącym z Oddziałami Integracyjnymi w Nowym Sączu.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (tj. Dz. U. z 2025 r. poz. 1043 ze zm).

…….....
(pieczątka i podpis lekarza)

*niepotrzebne skreślić