



***I Liceum Ogólnokształcącego CN-B  
im. Polskich Spadochroniarzy  
w Iławie***

Adres szkoły:  
ul. Kościuszki 18  
14-200 Iława  
mail: [ilawa@cnb-feniks.edu.pl](mailto:ilawa@cnb-feniks.edu.pl)  
witryna: [www.szkolyfeniks.pl](http://www.szkolyfeniks.pl)  
tel. 797-415-453

.....  
(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 zdolny/zdolna do nauki w klasie z Oddziałem Przygotowania Wojskowego  
w I Liceum Ogólnokształcącym CN-B im. Polskich Spadochroniarzy w Iławie.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo  
oświatowe (Dz. U. z 2021 r. poz. 1082).

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)