



**I Liceum Ogólnokształcące CN-B
im. Polskich Spadochroniarzy
w Wyszki**

Adres szkoły:
ul. Geodetów 45a
07-200 Wyszki
mail: wyszkow@cnb-feniks.edu.pl
witryna: www.szkolyfeniks.pl
tel. 507-010-009

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL

urodzona/y W
(data urodzenia) (miejscowość)

zamieszkała/y:.....
(adres)

Posiada dobry stan zdrowia na uczęszczanie do klasy z Oddziałem Przygotowania Wojskowego w I Liceum Ogólnokształcącym CN-B im. Polskich Spadochroniarzy w Wyszki.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 900 z późn. zm.).

.....
(pieczęć i podpis lekarza)