

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

.....
(miejscowość, data)

ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki w klasie policyjnej

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzony/a: w
(data urodzenia) (miejscowość)

Zamieszkały/a
.....
(adres)

Jest zdolny/a do nauki w klasie mundurowej w IV Liceum Ogólnokształcącym im. Generała Stefana Roweckiego-Grota, w tym do przystąpienia do szkolenia z zakresu strzelectwa.