

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

.....dn.....
(miejscowość, data)

ORZECZENIE LEKARSKIE

O braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki w klasie mundurowej

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.