

.....  
(pieczęć zakładu podstawowej opieki zdrowotnej)

.....  
(miejsowość, data)

## ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki  
w Oddziale Przygotowania Wojskowego

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

PESEL .....

Urodzony/a ..... W .....  
(data i miejsce urodzenia)

Zamieszkały/a: .....  
(adres)

posiada bardzo dobry stan zdrowia i jest zdolny/ zdolna do podjęcia nauki  
w klasie wojskowej – Oddział Przygotowania Wojskowego  
w X Liceum Ogólnokształcącym im. Sybiraków w Rzeszowie.

### Podstawa prawna:

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

.....  
(pieczęć i podpis lekarza POZ)