

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do
udziału w teście sprawności fizycznej
do Liceum Ogólnokształcącego
Oddział Przygotowania Wojskowego

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzona/y W
(data urodzenia) (miejsowość)

Posiada dobry stan zdrowia do udziału w teście sprawności fizycznej **do Liceum Ogólnokształcącego Oddział Przygotowania Wojskowego w Zespole Szkół im. Ireny Kosmowskiej w Suszu .**

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2024 r. poz. 737 z późn. zm.).

.....
(pieczęć i podpis lekarza)