

.....  
.....  
(miejsowość/ data)

(pieczęć zakładu służby zdrowia)

ORZECZENIE LEKARSKIE

***o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu***

Zaświadcza się, że

.....  
(imię i nazwisko)

PESEL.....

Urodzony/a.....w.....

(data urodzenia)(miejsowość)

Zamieszkały/a:.....

(adres)

**jest zdolny/zdolna do podjęcia praktycznej nauki zawodu**

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)