

.....  
Pieczęć jednostki przeprowadzającej badanie

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego

.....  
(imię i nazwisko)

Data urodzenia ..... PESEL .....

zamieszkała/y w .....

stwierdza się:

brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki w dowolnym typie  
szkoły/zawodzie

.....

.....  
Pieczęć i podpis  
lekarza przeprowadzającego  
badanie

....., dnia ..... r.