Załącznik nr 2

………………………………………………… ……………………………………..dn…………………………..

/pieczęć zakładu służby zdrowia/ /miejscowość, data/

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do przystąpienia do próby sprawności fizycznej oraz nauki w Oddziale Przygotowania Wojskowego w Lubaszu

Zaświadcza się, że ……………………………………………………………………………………………………………………………..

/imię i nazwisko/

PESEL…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

/data urodzenia/ /miejscowość/

Zamieszkały/a: ………………………………………………………………………………………………………………………

/adres/

Nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do przystąpienia do próby sprawności fizycznej oraz nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego w Liceum Ogólnokształcącym oraz Technikum Logistycznym Szkół im. I. J. Paderewskiego prowadzonych przez Edukację Lubasz Sp. z o.o.

Podstawa prawna: art.143 ust.1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 2020 r. poz. 910 i 1378 oraz z 2021 r. poz.4)

……………………………………………………

/pieczątka i podpis lekarza/