

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejsowość)

.....
(data)

**Orzeczenie lekarskie
dotyczące kształcenia i nauki zawodu */**

.....
nazwisko i imię

.....
data urodzenia

1. Może podjąć kształcenie, pracę w dowolnym typie szkoły (kierunek studiów), w dowolnym zawodzie.
2. Przeciwwskazana praca w zawodzie wymagającym:

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

*/ właściwe podkreślić