

pieczęć placówki  
służby zdrowia

.....  
miejsowość

.....  
data

**ORZECZENIE LEKARSKIE  
DOTYCZĄCE KSZTAŁCENIA W SZKOLE**

.....  
Nazwisko i imię

.....  
Data urodzenia

1. Może podjąć kształcenie w dowolnym typie szkoły, na dowolnym kierunku.
2. Przeciwwskazania do podjęcia nauki na kierunku:

.....  
.....  
.....

.....  
podpis i pieczęć lekarza