

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. Przeciwwskazania pracy w zawodzie wymagającym:

\*\* .....

\* - właściwe podkreślić

\*\* - lekarz wpisuje przeciwwskazania

pieczęć i podpis lekarza