

.....  
(pieczęć jednostki przeprowadzającej badanie)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

.....  
(imię i nazwisko ucznia)

.....  
(pesel)

.....

.....  
(data urodzenia)

.....

(adres zamieszkania)

Ocena stanu zdrowia\*:

1. Brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu w Szkole Branżowej I stopnia.

2. Istnieją przeciwwskazania zdrowotne do podjęcia praktycznej nauki zawodu w Szkole Branżowej I stopnia (jakie?) .....

..... dnia .....r.

.....  
pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie

\* właściwie podkreślić