

Pieczętka placówki służby zdrowia

.....
miejsowość i data

ORZECZENIE LEKARSKIE DOTYCZĄCE KSZTAŁCENIA I NAUKI ZAWODU*

.....
(nazwisko i imię)

.....
(data urodzenia)

PESEL

1. Może podjąć kształcenie i pracę w dowolnym typie szkoły (kierunku studiów), w dowolnym zawodzie.

2. Przeciwwskazana praca w zawodzie:

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

.....
Pieczęć i podpis lekarza