……
Pieczęć placówki służby zdrowia

…….
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO KSZTAŁCENIA W OKREŚLONYM ZAWODZIE

……. ……..
Nazwisko i imię Data urodzenia

PESEL

1. Może podjąć kształcenie, pracę w dowolnym typie szkoły w dowolnym zawodzie.
2. Przeciwwskazania praca w zawodzie:
   ……
   ……
   ……
   ……

…….
Pieczęć i podpis lekarza