

.....
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, w dowolnym zawodzie.

2. Przeciwwskazana praca w zawodzie wymagającym:

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

.....
podpis i pieczęć lekarza

* właściwe podkreślić

