

pieczęć placówki służby zdrowia

.....
miejsowość i data

**ORZECZENIE LEKARSKIE
DOTYCZĄCE KSZTAŁCENIA I NAUKI ZAWODU**

.....
imię i nazwisko

data urodzenia

1. Może podjąć kształcenie, pracę w dowolnym trybie szkoły (kierunku studiów), w dowolnym zawodzie.
2. Przeciwwskazana praca w zawodzie wymagającym:

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

podpis i pieczęć lekarza