

.....
pieczęć placówki służby zdrowia

.....
miejsowość

..... **R.**
data

**Orzeczenie lekarskie
dotyczące kształcenia i nauki zawodu***

.....
Nazwisko i imię

..... **R.**
Data urodzenia

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

.....
* właściwe podkreślić

.....
pieczęć i podpis lekarza