

pieczęć ośrodka
służby zdrowia

.....
miejscowość

.....
data

**ORZECZENIE LEKARSKIE
DOTYCZĄCE KSZTAŁCENIA I NAUKI ZAWODU***

.....
Nazwisko i imię

.....
Data urodzenia

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

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

.....
*właściwe podkreślić

.....
podpis i pieczęć lekarza

3-90-MZ/Hsz-18