

.....
Pieczęć 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/kierunku studiów/w
dowolnym zawodzie.*

2. Przeciwwskazana praca w zawodzie wymagającym*:

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

*niepotrzebne skreślić

.....
podpis i pieczęć lekarza