

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 (kierunku studiów), w dowolnym zawodzie.
2. Przeciwwskazania praca w zawodzie wymagającym :

.....
* właściwe podkreślić

.....
podpis i pieczęć lekarza

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 (kierunku studiów), w dowolnym zawodzie.
2. Przeciwwskazania praca w zawodzie wymagającym :

.....
* właściwe podkreślić

.....
podpis i pieczęć lekarza