

.....
pieczęć służby zdrowia

.....
miejsowość

.....
data

ORZECZENIE LEKARSKIE
dotyczące kształcenia i nauki zawodu

.....
imię i nazwisko

.....
data urodzenia

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

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

.....
podpis i pieczęć lekarza