



**I Liceum Ogólnokształcące CN-B
im. Polskich Spadochroniarzy
w Ciechanowie**

Adres szkoły:
ul. Żórawskiego 5
06-400 Ciechanów
mail: ciechanow@cnb-feniks.edu.pl
witryna: www.szkolyfeniks.pl
tel. 500-185-426

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w oddziale przygotowania wojskowego lub oddziale o profilu mundurowym

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko)

PESEL

Urodzona/y W
(data urodzenia) (miejsowość)

Zamieszkała/y:
(adres)

Posiada dobry stan zdrowia na uczęszczanie do klasy z oddziałem przygotowania wojskowego lub oddziałem o profilu mundurowym w I Liceum Ogólnokształcącym CN-B im. Polskich Spadochroniarzy w Ciechanowie.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2024 r. poz. 737 z późn. zm.).

.....
(pieczętka i podpis lekarza)