

Pieczęć placówki
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