

.....
pieczęć służby zdrowia

.....
miejsowość

.....
data

O R Z E C Z E N I E L E K A R S K I E
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^{*)}:

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

.....
podpis i pieczęć lekarza

.....
^{*)} właściwe podkreślić