

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. Przeciwwskazana praca w zawodzie wymagającym:

*)

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

* właściwie podkreślić

.....
podpis i pieczęć lekarza