

.....
pieczęć służby zdrowia

.....
miejsowość i 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