

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

dn.....
(miejsowość)(data)

ORZECZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w klasie usportowionej

Zaświadcza się, że

.....
(imię i nazwisko)

PESEL.....

Urodzony/a.....W.....
(data urodzenia)(miejsowość)

Zamieszkały/a:.....
(adres)

**jest zdolny/zdolna do nauki w klasie – „Usportowionej” - ze
zwiększoną liczbą godzin wychowania fizycznego w Zespole Szkół
Ponadpodstawowych im. I. J. Paderewskiego w Sulejówku.**

*Podstawa prawna: Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jednolity:
Dz.U. z 2016 r. poz. 1943) – art. 41 ust. 1 pkt 3. Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo
oświatowe (Dz.U. z 2017 r. poz. 59) – art. 1 pkt 18, art. 44 ust. 2 pkt 3, art. 55 ust. 1 pkt 4, art.
68 ust. 1 pkt 9, art. 86 ust. 1*

.....
(pieczęć i podpis lekarza)