

.....
(pieczęć służby zdrowia)

ORZECZENIE LEKARSKIE
dotyczące kształcenia i nauki zawodu

....., urodzony r.,
(imię i nazwisko)

1. Może podjąć kształcenie w dowolnym typie szkoły / kierunku studiów / w dowolnym zawodzie.
2. Przeciwwskazana praca w zawodzie wymagającym:

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

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

....., dnia r.
(miejscowość)