

pieczęć placówki  
służby zdrowia

.....  
miejscowość

.....  
data

ORZECZENIE LEKARSKIE  
DOTYCZĄCE KSZTAŁCENIA I NAUKI ZAWODU\*

.....  
Nazwisko i imię

.....  
Data urodzenia

1. Może podjąć kształcenie, w dowolnym typie szkoły, w dowolnym zawodzie.
2. Przeciwwskazana praca w zawodzie wymagającym :

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

\* właściwie podkreślić

.....  
podpis i pieczęć lekarza