……………………………………… …………………………… dnia ………….

(pieczęć placówki służby zdrowia) (miejscowość)

**ZAŚWIADCZENIE 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. Przeciwskazana praca w zawodzie wymagającym:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

……………………………….

(pieczątka i podpis lekarza)