……………………………………… …………………………… 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)