

pieczęć placówki  
służby zdrowia

.....  
miejscowość

.....  
data

## ORZECZENIE 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. Przeciwwskazana praca w zawodzie wymagającym:

.....  
podpis i pieczęć lekarza

\_\_\_\_\_  
\* właściwe podkreślić