……. ……
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej) (miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Niniejszym zaświadczam, że ……
(imię i nazwisko dziecka)

PESEL …… zamieszkała(y) ……

……

jest zdolna(y) / nie jest zdolna(y)*

do podjęcia nauki w klasie ogólnej – o profilu mundurowym w III Liceum Ogólnokształcącym im. Juliusza Słowackiego, pl. T. Kościuszki 5, 64-100 Leszno.

Uwagi:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……..
(pieczątka i podpis lekarza wydającego zaświadczenie)

* niepotrzebne skreślić