pieczęć ośrodka
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
3-90-MZ/Hsz-18

pieczęć ośrodka
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
3-90-MZ/Hsz-18

pieczęć ośrodka
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
3-90-MZ/Hsz-18

pieczęć ośrodka
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
3-90-MZ/Hsz-18