

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:

*)

.....
.....
.....

* właściwe podkreślić

.....
podpis i pieczęć lekarza