

PIECZĄTKA PLACÓWKI

data badania: DATA (dzień-mies-rok)

ORZECZENIE LEKARSKIE DOTYCZĄCE KSZTAŁCENIA i NAUKI ZAWODU *

NAZWISKO i IMIĘ

ROK URODZENIA

1. Może podjąć kształcenie na dowolnym kierunku studiów.
2. Może podjąć pracę w dowolnym zawodzie.
3. Przeciwwskazana praca w zawodzie wymagającym:

podpis
i pieczęć
lekarza

* niepotrzebne skreślić