**ORZECZENIE LEKARSKIE DOTYCZĄCE KSZTAŁCENIA**

*Medical certificate concerning studies*

**Imię i Nazwisko**..................................................................................................

*Name and Surname*

**Data urodzenia** ....................................………….

*date of birth*

1. Może podjąć kształcenie w dowolnym typie szkoły\*

*This is to confirm that THERE ARE NO contraindications to study at any type of school\**

2. Są przeciwwskazania do podjęcia kształcenia w dowolnym typie szkoły\*

*This is to confirm that THERE ARE contraindications to study at any type of school\**

ZALECENIA.................................................................................................

*RECOMMENDATIONS*

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

data pieczęć i podpis lekarza

*date doctor’s stamp and signature*

*\** niepotrzebne skreślić */ cross out the irrelevant*