ORZECZENIE LEKARSKIE DOTYCZACE KSZTALCENIA

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*