



**Liceum Ogólnokształcące CN-B  
im. Cichociemnych  
w Olsztynie**

Adres szkoły:  
ul. Bydgoska 33  
10-243 Olsztyn  
mail: [olsztyn@cnb-feniks.edu.pl](mailto:olsztyn@cnb-feniks.edu.pl)  
witryna: [www.szkolyfeniks.pl](http://www.szkolyfeniks.pl)  
tel. 509-650-250

.....  
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

.....  
(miejscowość, data)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki  
w oddziale przygotowania wojskowego lub oddziale o profilu mundurowym

Zaświadcza się, że .....  
(imię i nazwisko)

PESEL .....

Urodzona/y ..... W .....  
(data urodzenia) (miejscowość)

Zamieszkała/y:.....  
(adres)

Posiada dobry stan zdrowia na uczęszczanie do klasy z oddziałem przygotowania wojskowego lub oddziałem o profilu mundurowym w Liceum Ogólnokształcącym CN-B im. Cichociemnych w Olsztynie.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2024 r. poz. 737 z późn. zm.).

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)