



**Zespół Szkół Mechanicznych  
w Kielcach**

25-608 Kielce, ul. Jagiellońska 32

tel. 41 36-76-173, tel./fax 41 36-76-942, e-mail: [zsm.sekretariat@zsm.kielce.eu](mailto:zsm.sekretariat@zsm.kielce.eu)

załącznik nr 2

.....

(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn. ....

(miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

o braku przeciwwskazań zdrowotnych do przystąpienia do próby sprawności fizycznej w Oddziale Przygotowania Wojskowego w Zespole Szkół Mechanicznych w Kielcach , Technikum nr 2

Zaświadcza się, że .....

(imię i nazwisko)

PESEL .....

**nie ma przeciwwskazań zdrowotnych** do przystąpienia do próby sprawności fizycznej

**DLA kandydatów do Oddziału Przygotowania Wojskowego**

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w trakcie rekrutacji do Oddziału Przygotowania Wojskowego w Zespole Szkół Mechanicznych w Kielcach Technikum Nr 2 ul Jagiellońska 32, 25-608 Kielce

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 1043, 1160, 1837)

.....

(pieczęć i podpis lekarza\*)

\*wypełnia lekarz rodzinny