

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn.
(miejscowość, data)

ORZECZENIE LEKARSKIE
o braku przeciwwskazań zdrowotnych do nauki
w Oddziale Przygotowania Wojskowego

Zaświadcza się, że

.....
(imię i nazwisko)

PESEL:

Urodzony/a: W
(data urodzenia) (miejscowość)

Zamieszkały/a:

.....
(adres zamieszkania)

Jest zdolny / zdolna do nauki w klasie – Oddział Przygotowania Wojskowego w Powiatowym Zespole Szkół w Redzie.

Badanie przeprowadzono z uwzględnieniem specyfiki programu szkolenia OPW, w tym:

- zajęć z zakresu szkolenia wojskowego, w tym musztry, terenoznawstwa, taktyki, łączności i ratownictwa;
- szkolenia strzeleckiego z użyciem broni pneumatycznej i ćwiczebnej;
- zajęć wychowania fizycznego o zwiększonej intensywności i sprawnościowej formie;
- przebywania w warunkach terenowych (marsze, biwaki, ćwiczenia poligonowe);
- konieczności noszenia wyposażenia i munduru wojskowego o łącznej wadze kilkunastu kilogramów;
- zdolności do pracy w stresie i działania w warunkach zwiększonego obciążenia psychofizycznego.

Na podstawie przeprowadzonego badania stwierdza się **brak przeciwwskazań zdrowotnych** do udziału w programie OPW.

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U. 2024 poz. 737 – tekst jednolity) oraz § 7 ust. 1–3 rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie oddziałów przygotowania wojskowego (Dz.U. 2020 poz. 1575).

.....
(pieczęć i podpis lekarza)