…………………………………. …………………………..

Oznaczenie placówki oświatowej  
szkolącej na prawo jazdy

Miejscowość, data

SKIEROWANIE NA BADANIE LEKARSKIE

stosownie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2019r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców (Dz. U. z 2019r., poz. 1659) w związku z art. 75 ust. 1 pkt 7 lub 8 oraz ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 5 stycznia 2011r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2019r., poz. 341 ze zm.)

kieruję (właściwe zaznaczyć):

Nazwisko i imię data urodzenia

PESEL /

(W przypadku braku numeru PESEL rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

zamieszkałego/zamieszkałej

* kandydata do szkoły ponadpodstawowej
* ucznia szkoły ponadpodstawowej
* nieletniego kandydata na kwalifikacyjny kurs zawodowy
* nieletniego słuchacza kwalifikacyjnego kursu zawodowego w celu wydania orzeczenia lekarskiego o braku lub istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami, dla których jest wymagane prawo jazdy kategorii (niepotrzebne skreślić):
* **AM, A1, A2, A, B1, B, B+T, T;**

**- C1, C1+E, C, C+E, D1, D1+E, D, D+E**

pieczęć i podpis osoby kierującej