

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*o możliwości realizacji praktycznej nauki zawodu dla potrzeb zespołu orzekającego  
działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008r.  
w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające  
w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. nr 173 z 2008r., poz. 1072)*

Imię i nazwisko ....., ur. ....

Adres zamieszkania .....

**W związku z koniecznością rozpatrzenia wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania (stan zdrowia ucznia uniemożliwiający albo znacznie utrudniający uczęszczanie do szkoły), proszę określić możliwość dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy)

**Uwaga:** należy udostępnić lekarzowi medycyny pracy zaświadczenie/zaświadczenia lekarskie i inną dokumentację medyczną, związane z potrzebą indywidualnego nauczania.