

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o możliwości realizacji praktycznej nauki zawodu dla potrzeb zespołu orzekającego

*działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r.
w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające
w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017r., poz. 1743)*

Imię i nazwisko, ur.

Numer PESEL

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.