

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(miejsowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
LEKARZA MEDYCYNY PRACY**  
określające możliwość dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej działającego na podstawie:

Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1743 ze zm.)

.....  
imię i nazwisko ucznia

.....  
data urodzenia

.....  
adres zamieszkania ucznia

.....  
(szkoła, klasa)

1. Określenie możliwości realizacji praktycznej nauki zawodu .....

(nazwa zawodu)

- w przypadku ubiegania się ucznia o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania:
  - nie stwierdza się przeciwwskazań do kontynuowania praktycznej nauki zawodu<sup>1</sup>
  - stwierdza się przeciwwskazania do kontynuowania praktycznej nauki zawodu

- w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu: .....

.....

.....

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

---

<sup>1</sup> Właściwie podkreślić