

.....
(pieczęć)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY
określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie,
w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu

wydawane dla potrzeb Zespołu Orzekającego
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w
w związku ze złożeniem wniosku o potrzebie nauczania indywidualnego
dla ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe

Podstawa prawna: §6 ust. 6 Rozporządzenia MEN 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)

Imię i nazwisko ucznia

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nazwa szkoły i oznaczenie klasy

Nazwa zawodu, w którym kształci się uczeń

I. OKREŚLENIE MOŻLIWOŚCI DALSZEGO KSZTAŁCENIA W ZAWODZIE

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

II. OKREŚLENIE WARUNKÓW REALIZACJI PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU

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

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