

.....  
/pieczęć placówki medycznej/

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**lekarza medycyny pracy**  
**dla potrzeb zespołu orzekającego**

*Wypełnia się dla uczniów szkół prowadzących kształcenie w zawodzie, ubiegających się o nauczanie indywidualne*

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017r. 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 .....

ur. ....w.....

Adres zamieszkania .....

Szkoła .....

Nazwa zawodu .....

**1. Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie:**

**TAK**

**NIE**

*/właściwe podkreślić/*

**2. Warunki realizacji praktycznej nauki zawodu (wymienić):**

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

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/pieczętka i podpis lekarza/