ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY

Podstawa prawna: §6 ust. 6. Rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2017r., poz. 1743)

....

Imię i nazwisko PESEL

Typ szkoły	Oznaczenie	Rok nauki
Branżowa szkoła I stopnia		
Zasadnicza szkoła zawodowa		
Technikum		
Liceum plastyczne[1]		

Ze względu na stan zdrowia utrudniający lub uniemożliwiający uczęszczanie do szkoły stanowiący podstawę do objęcia indywidualnym nauczaniem **może / nie może**[2] realizować kształcenie w zawodzie.

.....

Nazwa zawodu

Praktyczna nauka zawodu powinna być realizowana w warunkach:
(lekarz określa warunki realizacji praktycznej nauki zawodu)

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

....

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza medycyny pracy)

[1] proszę oznaczyć X
[2] właściwe podkreślić