

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 (t.j. Dz.U. 2023r., poz. 2061)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
Imię i nazwisko

PESEL

Typ szkoły	Oznaczenie	Rok nauki
Branżowa szkoła I stopnia		
Branżowa szkoła II stopnia		
Technikum		
Liceum plastyczne ¹		

Ze względu na stan zdrowia utrudniający lub uniemożliwiający uczęszczanie do szkoły stanowiący podstawę do objęcia indywidualnym nauczaniem **może / nie może²** realizować kształcenie w zawodzie.

.....
Nazwa zawodu

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

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

.....
(miejsowość, data)

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

¹ proszę oznaczyć X

² właściwe podkreślić