

(Wypełnia lekarz medycyny pracy)

ZAŚWIADCZENIE LECARSKIE
określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie
dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej
w Miejscu Piastowym

.....
(imię i nazwisko ucznia)

urodzony w

zamieszkały w
(adres)

.....
(szkoła, klasa, nazwa zawodu, w którym kształci się uczeń)

Określenie czy po uruchomieniu i zakończeniu indywidualnego nauczania uczeń będzie miał
możliwość realizacji praktycznej nauki zawodu: *(właściwe zakreślić)*

- 1. Brak przeciwwskazań zdrowotnych do kontynuowania kształcenia w zawodzie**
- 2. Utraci zdolność do dalszego kształcenia w zawodzie**

.....
(miejscowość, data)

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