

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub lekarza praktykującego indywidualnie

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCyny PRACY**  
**o możliwości dalszego kształcenia w zawodzie uczniów wymagających**  
**indywidualnego nauczania dla potrzeb Zespołu Orzekającego\***

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej 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 urodzenia ..... Miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania .....

1. Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie:

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

2. Warunki realizacji praktycznej nauki zawodu:

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\*) Zaświadczenie o możliwości dalszego kształcenia w zawodzie wydaje lekarz medycyny pracy dla uczniów wymagających indywidualnego nauczania zgodnie z § 6 ust. 6 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej 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).