

.....
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).