

.....  
/pieczęć placówki medycznej/

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCyny PRACY**

**określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie,  
w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu**

**wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego  
Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej  
w związku ze złożeniem wniosku o potrzebie nauczania indywidualnego  
dla ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe**

Podstawa prawna: Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych ((Dz. U. z 2023 r., poz. 2061)

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nazwa szkoły i oznaczenie klasy .....

Nazwa zawodu, w którym kształci się uczeń .....

### **OKREŚLENIE MOŻLIWOSCI DALSZEGO KSZTŁACENIA W ZAWODZIE**

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

### **OKREŚLENIE WARUNKÓW REALIZACJI PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU**

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

.....  
/Miejscowość i data/

.....  
/pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy/