

.....
/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 Lubartowie
w związku ze złożeniem wniosku o potrzebie nauczania indywidualnego
dla ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe**

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026 r., poz. 428).

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nazwa szkoły i oznaczenie klasy

Nazwa zawodu, w którym kształci się uczeń

OKREŚLENIE MOŻLIWOŚCI DALSZEGO KSZTŁACENIA W ZAWODZIE:

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

OKREŚLENIE WARUNKÓW REALIZACJI PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU:

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

.....
/Miejscowość i data/

.....
/pieczętka i podpis lekarza medycyny pracy/