

..... dnia .....

Pieczętka placówki

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

*(dla potrzeb zespołu orzekającego poradni psychologiczno-pedagogicznej działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 roku, w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych – Dz.U.2017r. poz. 1743)*

.....  
Imię i nazwisko dziecka (ucznia)

.....  
Data i miejsce urodzenia

.....  
PESEL

.....  
Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów)

.....  
Miejsce zamieszkania

.....  
Szkoła, klasa, nazwa zawodu w którym kształci się uczeń

Określenie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu\*:

1. Uczeń może dalej realizować praktyczną naukę zawodu.
2. Uczeń nie może dalej realizować praktycznej nauki zawodu.

\* – właściwe podkreślić

.....  
pieczętka i podpis lekarza