

(pieczętka placówki)

.....  
(miejscowość, data)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

*dla potrzeb Zespołu Orzekającego Specjalistycznej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej, działającego na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 roku, w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz.U.2017 poz. 1743)*

**określające możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu w przypadku nauczania indywidualnego**

.....  
(imię/imiona i nazwisko dziecka/ucznia)

.....  
(data i miejsce urodzenia dziecka/ ucznia)

.....  
(numer PESEL)

.....  
(imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów)

.....  
(adres zamieszkania dziecka/ucznia)

.....  
(szkoła klasa, nazwa zawodu w którym kształci się uczeń)

**1. Po zapoznaniu się z diagnozą lekarza specjalisty dotyczącą (symbol ICD – 10):**

.....  
**stwierdzam\* :**

- **brak przeciwwskazań do realizowania praktycznego przygotowania zawodowego,**
- **stan zdrowia wyklucza realizowanie praktycznego przygotowania zawodowego.**

.....  
(pieczętka i podpis lekarza medycyny pracy)

---

\* Właściwe podkreślić.