

.....

pieczęć placówki medycznej

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCZYNY PRACY**

dla potrzeb zespołu orzekającego w związku z wnioskiem o wydanie orzeczenia o  
potrzebie indywidualnego nauczania dla ucznia szkoły prowadzącej kształcenie  
zawodowe

Podstawa prawna: Rozporządzenie 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).

### **Dane ucznia**

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

PESEL												
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce zamieszkania ucznia.....

.....

1. Uczeń może kształcić się w zawodzie.....

2. Warunki realizacji praktycznej nauki zawodu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęćka i podpis lekarza)