

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY**

### **o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej**

działającego na podstawie rozporządzenia 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)

(dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie nauczania indywidualnego dla ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe) - § 6 ust. 6 rozporządzenia.

**Imię i nazwisko ucznia.....**

**Data i miejsce urodzenia.....**

**Miejsce zamieszkania.....**

**Nazwa szkoły, klasa.....**

**Nazwa zawodu.....**

Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunków realizacji praktycznej nauki zawodu

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

.....  
(miejscowość, data)

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