…….
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o możliwości realizacji praktycznej nauki zawodu dla potrzeb zespołu orzekającego
działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. nr 173 z 2008r., poz. 1072)

Imię i nazwisko ……., **ur.** …….

Adres zamieszkania ……..

W związku z koniecznością rozpatrzenia wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania (stan zdrowia ucznia uniemożliwiający albo znacznie utrudniający uczęszczanie do szkoły), proszę określić możliwość dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……..

…….. …….
(miejscowość, data) *(pieczątka i podpis lekarza medycyny pracy)*

Uwaga: należy udostępnić lekarzowi medycyny pracy zaświadczenie/zaświadczenia lekarskie i inną dokumentację medyczną, związane z potrzebą indywidualnego nauczania.