

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....
(imię i nazwisko ucznia)

urodzony/a W

zamieszkały/a w
(adres)

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

Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunków realizacji praktycznej nauki zawodu (§ 6 ust. 6 rozporządzenia):

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

.....
(miejsowość, data)

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