



PPP MIŁÓWKA

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA

ul. Dworcowa 17, 34 – 360 Milówka

tel. 33 864 21 25

www.poradniamilowka.pl e-mail: sekretariat@poradniamilowka.pl

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCZYNY PRACY o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dn. 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).

Imię i nazwisko ucznia

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

Szkoła **Klasa**

Ze względu na stan zdrowia uczeń **nie może regularnie** uczęszczać do **szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie**

(nazwa zawodu)

i wymaga indywidualnego nauczania.

Stanowisko lekarza medycyny pracy – określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie oraz warunków realizacji praktycznej nauki zawodu: *

1. uczeń **może** dalej realizować praktyczną naukę zawodu,

2. uczeń **nie może** realizować praktycznej nauki zawodu.

Uwagi lekarza medycyny pracy:

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* właściwe podkreślić