

.....  
(pieczętka placówki medycznej)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY**

### **O STANIE ZDROWIA UCZNIĄ**

wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Milówce

**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 urodzenia** ..... **miejsce urodzenia** .....

**PESEL** .....

**Miejsce zamieszkania** .....

**Szkoła** ..... **Klasa** .....

Ze względu na stan zdrowia uczeń **nie może regularnie** uczęszczać do **szkoły kształcącej w zawodzie** .....

(nazwa zawodu)

i wymaga indywidualnego nauczania.

**Stanowisko lekarza medycyny pracy** – lekarz medycyny pracy określa możliwości

dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu \*:

- Uczeń **może** dalej realizować praktyczną naukę zawodu,
- Uczeń **nie może** realizować praktycznej nauki zawodu.

Uwagi lekarza medycyny pracy: .....

.....

.....

.....  
(miejscowość, data)

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

\* **właściwe podkreślić**