

(pieczęć zakładu)

..... data.....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
O STANIE ZDROWIA UCZNIĄ SZKOŁY ZAWODOWEJ  
WYDANE PRZEZ LEKARZA MEDYCYNY PRACY  
DLA POTRZEB PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ  
CELEM WYDANIA ORZECZENIA  
O POTRZEBIE INDYWIDUALNEGO NAUCZANIA**

Na podstawie art. 127 ust.10 ustawy z dnia 14.grudnia 2016r. - Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017r. Poz. 59 i 949) oraz § 6 ust. 6 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych

Imię i nazwisko .....

Data, miejsce urodzenia .....

Szkoła .....

Rozpoznanie choroby.....

.....

Okres, w którym stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły od ..... do .....

Określenie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu przez ucznia objętego indywidualnym nauczaniem.

.....

.....

.....

pieczęć i podpis  
lekarza medycyny pracy