

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCyny PRACY

Podstawa prawna: §6 ust 6. Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2017,Poz.1743)

Uczeń/uczennica ur.,

PESEL

Nazwa szkoły, klasa/zawód

ubiegający/a się o indywidualne nauczanie **może / nie może*** realizować kształcenie

w zawodzie
n a z w a z a w o d u

Jeżeli może, praktyczna nauka zawodu powinna być realizowana w warunkach:

(lekarz określa warunki realizacji praktycznej nauki zawodu)

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

* właściwie zaznaczyć

.....
(miejsowość, data)

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