

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCyny PRACY

Podstawa prawna: §6 ust.8 Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. poz.428)

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)

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

* właściwe zaznaczyć

.....
(miejsowość, data)

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