

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCZYNY PRACY

wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego

Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Siemianowicach Śląskich

Podstawa prawna: Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie opinii i orzeczeń wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. z dnia 14 września 2017r. poz. 1743)

(wypełnia się dla uczniów szkół prowadzących kształcenie w zawodzie, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące nauczania indywidualnego)

Imię i nazwisko ucznia.....

Data urodzenia.....

Miejsca zamieszkania.....

1. Określenie, czy możliwe jest dalsze kształcenie w zawodzie (proszę oznaczyć X właściwą odpowiedź)

TAK

NIE

2. Określenie warunków realizacji praktycznej nauki zawodu

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)