



PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W ZWOLENIU
ul. Kościuszki 39
26-700 Zwoleń
telefon: 48 676 26 13

poradnia@zwolepowiat.pl
www.pppzwoleń.pl
REGON: 672894758

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCZYNY PRACY
na potrzeby Zespołu Orzekającego określające możliwość
dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu

Podstawa prawna: § 6 ust. 4 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. 2017r., poz. 1743).

Imię i nazwisko ucznia:

PESEL

Data i miejsce urodzenia:

Miejsce zamieszkania:

Nazwa szkoły, klasa / zawód:

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

(nazwa zawodu)

Jeżeli uczeń może realizować kształcenie w zawodzie, praktyczna nauka zawodu powinna być realizowana w następujących warunkach:

.....
.....

.....
pieczęć i podpis lekarza

*właściwe podkreślić