

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie)

nr identyfikacyjny REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

w sprawie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu

na podstawie rozporządzenia Ministerstwa Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1743).

Imię i nazwisko ucznia/uczennicy

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL.....

Miejsce zamieszkania

Brak przeciwwskazań zdrowotnych do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu.*

Istnieją przeciwwskazania zdrowotne do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu.*

* Właściwe zaznaczyć

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)