……
(pieczęć placówki medycznej)

Z A Ś W I A D C Z E N I E
LEKARZA MEDYCYNY PRACY

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w …….. w Zespole Poradni Psychologiczno - Pedagogicznych w Świdnicy

na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych

Imię i nazwisko …….....…… PESEL | | | | | | | | | | |

data urodzenia.……, miejscowość……

Miejsce zamieszkania …….……..

Szkoła …….…….....……

klasa ….……, ……..……...

(nazwa zawodu)

I. Orzeczenie o stanie zdrowia określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie:
(Wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie indywidualnego nauczania):

W trakcie realizacji indywidualnego nauczania: (*właściwe podkreślić):

1. ***Brak przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu**
2. ***Istnieją przeciwskazania zdrowotne do wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu- należy określić:**

a) możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu .....

.....

.....

……. …… …….

Miejscowość, data *Pieczątka i podpis lekarza medycyny pracy*