

.....
pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE **LEKARZA MEDYCZYNY PRACY**

określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie w związku z wnioskiem rodziców/prawnych opiekunów lub pełnoletniego ucznia o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania dla Zespołu Orzekającego działającego w Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Czechowicach-Dziedzicach.

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017r. poz 59 i 949)
- Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz.U. z 2017r., poz.1743)

Imię i nazwisko ucznia.....

Pesel

Data urodzenia miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania:.....

.....

Szkoła:

.....

Ze względu na stan zdrowia uczeń/uczennica^{1*} **nie może regularnie uczęszczać do szkoły**

kształcącej w zawodzie.....

(nazwa zawodu)

Stanowisko lekarza w sprawie warunków realizacji praktycznej nauki zawodu przez ucznia objętego nauczaniem indywidualnym:

.....

.....

.....

.....

....., dnia.....

.....
pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy

^{1*}Niepotrzebne skreślić