

.....  
(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 2023r. poz. 900).*
- *Rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2023r. poz. 2061).*

Imię i nazwisko ucznia.....

Pesel .....

Data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....

Miejsce zamieszkania:.....

Szkoła: .....

Ze względu na stan zdrowia uczeń/uczennica\* **nie może regularnie uczęszczać do szkoły**

kształcącej w zawodzie.....

(nazwa zawodu)

**Stanowisko lekarza w sprawie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu przez ucznia objętego nauczaniem indywidualnym:**

.....

.....

.....

.....

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

.....

(pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy)

---

\* Niepotrzebne skreślić