

.....
pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCZYNY PRACY

OKREŚLAJĄCE MOŻLIWOŚĆ DALSZEGO KSZTAŁCENIA W ZAWODZIE NA POTRZEBY ZESPOŁU
ORZEKAJĄCEGO DZIAŁAJĄCEGO PRZY PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ
W KĘTACH W ZWIĄZKU Z WNIOSEM RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO
LUB PEŁNOLETNIEGO UCZNIA O WYDANIE
ORZECZENIA O POTRZEBIE INDYWIDUALNEGO NAUCZANIA

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 dziecka/ucznia

Data urodzenia **miejsce urodzenia**

Nr PESEL

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 warunków realizacji praktycznej nauki zawodu przez ucznia objętego nauczaniem indywidualnym:

.....
.....
.....
.....

.....
miejsce i data

.....
*pieczęć i podpis lekarza
medycyny pracy*