

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie

Nr identyfikacyjny REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCyny PRACY
o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Goleniowie

określające możliwość dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu
UCZNIA REALIZUJĄCEGO INDYWIDUALNE NAUCZANIE

.....
(imię i nazwisko ucznia)

urodzony... ..w

zamieszkały w
(adres)

.....
(szkoła, klasa, nazwa zawodu, w którym kształci się uczeń)

Określenie czy po uruchomieniu i zakończeniu nauczania indywidualnego uczeń będzie miał
możliwość realizacji praktycznej nauki zawodu: (*właściwie zakreślić*)

- ☐ Brak przeciwwskazań zdrowotnych do kontynuowania praktycznej nauki zawodu
☐ Utraci zdolność do realizacji praktycznej nauki zawodu

Proszę wskazać możliwości dalszego kształcenia zawodowego ucznia:

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza medycyny pracy)