.....
/pieczęć placówki medycznej/

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY

**określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie,
w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu**

**wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego
Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Świdniku
w związku ze złożeniem wniosku o potrzebie nauczania indywidualnego
dla ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe**

Podstawa prawna: Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej 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 .....
Data i miejsce urodzenia .....
Adres zamieszkania .....
Nazwa szkoły i oznaczenie klasy .....
Nazwa zawodu, w którym kształci się uczeń .....

OKREŚLENIE MOŻŁIWOSCI DALSZEGO KSZTŁACENIA W ZAWODZIE

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

OKREŚLENIE WARUNKÓW REALIZACJI PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU

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

....

/Miejscowość i data/ /pieczątka i podpis lekarza medycyny pracy/