(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

LEKARZA MEDYCYNY PRACY

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ustrzykach Dolnych

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. (Dz. U. z 2026 r. poz. 428) w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych z uwagi na stan zdrowia dziecka lub ucznia, o którym mowa w art. 42 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2026 r. poz. 37 i 203)

w przypadku ubiegania się o nauczanie indywidualne ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia: ……..…….……..…

Data i miejsce urodzenia dziecka/ ucznia: …….

Miejsce zamieszkania dziecka/ ucznia: …….…….

Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunków realizacji praktycznej nauki zawodu *(§6, ust. 9 Rozporządzenia)*

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)