

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## **Z A Ś W I A D C Z E N I E** **LEKARZA MEDYCYNY PRACY**

**o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego  
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w ..... w Zespole Poradni**

**Psychologiczno - Pedagogicznych w Świdnicy**

*na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 roku  
w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych  
poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017r., poz. 1743)*

Imię i nazwisko .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

data urodzenia....., miejscowość.....

Miejsce zamieszkania .....

Szkoła ..... klasa .....

### **I. Zaświadczenie o stanie zdrowia:**

*(Wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie nauczania indywidualnego )*

**W trakcie realizacji nauczania indywidualnego (\*właściwe podkreślić):**

- 1. \*Brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu**
- 2. \*Istnieją przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu**

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy*