

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie)
Nr identyfikacyjny REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

w sprawie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu

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

Imię i Nazwisko ucznia/uczennicy

ur.nr PESEL.....

Miejsce zamieszkania

Brak przeciwwskazań zdrowotnych do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu.

Istnieją przeciwwskazania zdrowotne do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu.

* Właściwe podkreślić

.....
(Miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)