

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub lekarza praktykującego indywidualnie)

## **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: ....., data ur.: .....

nr PESEL: ....., adres: .....

.....

Właściwe podkreślić:

- **Brak przeciwwskazań zdrowotnych** do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu.
- **Istnieją przeciwwskazania zdrowotne** do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

(dla potrzeb PPP 23)