

(pieczęć placówki medycznej)

Zaświadczenie lekarskie¹

w sprawie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu

Dane ucznia

Imię i nazwisko:, data ur.:

PESEL:, adres:

.....

(właściwie podkreślić)

Nie stwierdza się przeciwwskazań zdrowotnych do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu.

Istnieją przeciwwskazania zdrowotne do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu.

Warunki realizacji praktycznej nauki zawodu:

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

¹ Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2026 r., poz. 428).