

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCyny PRACY
określające możliwość dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu
na potrzeby Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej
w Rykach

Podstawa prawna:

- § 6 ust. 9 Rozporządzenia 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);

Imię i nazwisko ucznia:

Data urodzenia: PESEL.....

Adres zamieszkania:

Szkoła i kierunek
kształcenia:

1. Określenie możliwości realizacji praktycznej nauki zawodu

.....
(nazwa zawodu)

- nie stwierdza się przeciwwskazań do kontynuowania praktycznej nauki zawodu*,
- stwierdza się przeciwwskazania do kontynuowania praktycznej nauki zawodu*.

2. Określenie warunków realizacji praktycznej nauki zawodu:

.....
.....
.....
.....

(podpis i pieczęć lekarza medycyny pracy)

* Właściwe podkreślić.