

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
Dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej
w Dąbrowie Górniczej w związku z postępowaniem
w sprawie objęcia ucznia nauczaniem indywidualnym*

podstawa prawna: § 6 ust 6 rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (D. U. z 2017 r., poz.1743)

Imię i nazwisko ucznia

Data i miejsce urodzenia ucznia:

Szkoła / klasa / nazwa zawodu

Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie

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

w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu

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

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza
medycyny pracy

* wypełnia lekarz medycyny pracy po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną, z której wynika, że stan zdrowia ucznia znacznie utrudnia lub uniemożliwia mu uczęszczanie do szkoły