

.....
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCyny PRACY
w sprawie nauczania indywidualnego
UCZNIĄ SZKOŁY PROWADZĄCEJ KSZTAŁCENIE ZAWODOWE**

**dla potrzeb Zespołu Orzekającego Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej
w Parczewie**

zgodnie z Rozporządzeniem MEN z dnia 07. 09.2017r., (Dz. U. z 2017r., , poz. 1743) w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych.

Imię i Nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Miejsce zamieszkania.....

Pesel

Nazwa i adres szkoły

Nazwa zawodukl.....

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego zgodnie z klasyfikacją ICD:

2. Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie

3. Warunki realizacji praktycznej nauki zawodu

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza