

.....
(pieczęć zakładu)

.....
(miejsowość, data)

Z A Ś W I A D C Z E N I E LEKARZA MEDYCYNY PRACY

DOTYCZĄCE MOŻLIWOŚCI DALSZEGO KSZTAŁCENIA W ZAWODZIE

*dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Wodzisławiu Śl.
w oparciu o rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły
orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych*

Imię i nazwisko ucznia

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Szkoła

Zawód

1. Czy stan zdrowia ucznia umożliwia dalsze kształcenie w wybranym zawodzie?

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

2. Warunki realizacji praktycznej nauki zawodu:

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

.....
/podpis i pieczęć lekarza/