

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA MEDYCyny PRACY
dla ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe
w przypadku ubiegania się rodziców/pełnoletniego ucznia
o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ostrzeszowie
podstawa prawna:

- § 6. ust. 9 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026, poz. 428)

.....
imię i nazwisko ucznia

.....
data urodzenia

.....
adres zamieszkania ucznia

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
1. Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie:.....
(nazwa zawodu)

- nie stwierdza się przeciwwskazań do kontynuowania kształcenia w w/w zawodzie*
- stwierdza się przeciwwskazania do kontynuowania kształcenia w w/w zawodzie*

2. Warunki realizacji praktycznej nauki zawodu:

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy)

***niepotrzebne skreślić**