

....., dnia ..... r.

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE  
LEKARZA MEDYCZYNY PRACY**

**dla potrzeb Zespołu Orzekającego  
Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Gorlicach  
z Filią w Bieczu**

działającego na podstawie rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z dnia 14 września 2017 r. poz. 1743)

**Dotyczy określenia możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu**

1. Imię i nazwisko ucznia: .....
2. PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
3. Data i miejsce urodzenia: .....
4. Miejsce zamieszkania: .....
5. Nazwa i adres szkoły, klasa : .....
6. Kształci się w zawodzie: .....

**Uczeń po zakończeniu leczenia może/nie może\* nadal realizować praktyczną naukę zawodu.**

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\*właściwe podkreślić