

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
LEKARZA MEDYCyny PRACY**

określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym realizacji
praktycznej nauki zawodu

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej działającego na podstawie:

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

.....
imię i nazwisko ucznia

.....
data urodzenia i miejsce

.....
adres zamieszkania ucznia

.....
(szkoła, klasa, nazwa zawodu, w którym kształci się uczeń)

Określenie czy po uruchomieniu i zakończeniu nauczania indywidualnego
uczeń będzie miał możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym realizacji
praktycznej nauki zawodu (*właściwe podkreślić*):

- Brak przeciwwskazań zdrowotnych do dalszego kształcenia, w tym kontynuowania praktycznej nauki zawodu
- Utraci zdolność do dalszego kształcenia, w tym realizacji praktycznej nauki zawodu

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