

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**Dotyczy przyznania indywidualnego nauczania dla ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie**

dla : .....  
imię i nazwisko ucznia

urodzonego .....w.....

zamieszkałego w .....  
adres

Szkoła .....

Zawód .....

ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający/znacznie utrudniający\* uczęszczanie do szkoły

na okres\*\* .....

Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły

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

Możliwość dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu (po zakończeniu nauczania indywidualnego)

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

Pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy

..... dnia..... r.

\* właściwe podkreślić

\*\* nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż rok szkolny

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. Nr 173 poz. 1072)