

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCyny PRACY
OKREŚLAJĄCE MOŻLIWOŚĆ DALSZEJ REALIZACJI PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU
PRZEZ UCZNIĄ SZKOŁY PROWADZĄCEJ KSZTAŁCENIE ZAWODOWE,
KTÓREGO STAN ZDROWIA UNIEMOŻLIWIA LUB ZNACZNIE UTRUDNIA
UCZĘSZCZANIE DO SZKOŁY**

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Siedlcach

I. Dane osobowe ucznia

Imię Nazwisko ur.
PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Szkoła klasa

**II. Określenie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu przez ucznia
szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe**

/nazwa zawodu/

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

III. Określenie zawarte w pkt II. dotyczy czasu:

.....

IV. Inne uwagi lekarza

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

Miejscowość, data oraz pieczęć i podpis lekarza: