

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
określające możliwość dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu

dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 1 w Rzeszowie

Imię i nazwisko uczennicy / ucznia

urodzona/y W

zamieszkała/y

(adres)

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

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

1. Brak przeciwwskazań zdrowotnych do kontynuowania praktycznej nauki zawodu.
2. Utraci zdolność do realizacji praktycznej nauki zawodu.

.....
(data)

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