

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

OKREŚLAJĄCE MOŻLIWOŚĆ DALSZEJ REALIZACJI PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 1 w Rzeszowie

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

Imię i nazwisko uczennicy / ucznia

Data urodzenia

Adres zamieszkania

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

Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki 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)