

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCyny PRACY

**określające możliwość dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu
na potrzeby Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej**

Podstawa prawna:

- §6 ust.8 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2026 poz.428),
- art.42 ust.1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2026 poz. 37 i 203)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:.....

Data urodzenia:.....**PESEL:**.....

Adres zamieszkania:.....

Szkoła i kierunek kształcenia:.....

.....

1. Określenie możliwości realizacji praktycznej nauki zawodu.....
(nazwa zawodu)

- nie stwierdza się przeciwwskazań do kontynuowania praktycznej nauki zawodu,¹
- stwierdza się przeciwwskazania do kontynuowania praktycznej nauki zawodu.¹

2. Określenie warunków realizacji praktycznej nauki zawodu:

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

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

¹Właściwe podkreślić