

.....  
pieczęć placówki medycznej  
nr identyfikacyjny REGON

.....  
miejscowość, data

## **Z A Ś W I A D C Z E N I E    L E K A R S K I E**

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Jarosławiu działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych /art.127 ust. 18 ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. – Prawo oświatowe ( Dz. U. z 2017 r., poz. 1743, poz. 59 i 949)/

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia ..... PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający/znacznie utrudniający<sup>1</sup> uczęszczanie do szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe określam możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu:

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

.....  
pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy

### **UWAGA**

\*Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wydania.

---

<sup>1</sup> właściwe podkreślić