

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub prywatnej praktyki)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY
O STANIE ZDROWIA UCZNIĄ UCZĘSZCZAJĄCEGO DO SZKOŁY PROWADZĄCEJ KSZTAŁCENIE ZAWODOWE
dla potrzeb zespołu orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Starogardzie
Gdańskim, w celu realizacji indywidualnego nauczania
oraz określenia możliwości dalszego kształcenia w zawodzie

(zgodnie z rozporządzeniem MEN 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)

Imię i nazwisko ucznia:

Data i miejsce urodzenia:PESEL:

Adres zamieszkania:

Szkoła / placówka:

Zawód / kierunek kształcenia:

1. OCENA STANU ZDROWIA

- pozwala na dalsze kształcenie w zawodzie bez ograniczeń
- pozwala na dalsze kształcenie w zawodzie z ograniczeniami
- nie pozwala na dalsze kształcenie w zawodzie

2. WARUNKI REALIZACJI PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU

- skrócony czas zajęć praktycznych (maksymalnie godzin dziennie)
- wyłączenie z wykonywania czynności:
.....
- konieczność zapewnienia stanowiska pracy dostosowanego do stanu zdrowia
- możliwość realizacji praktycznej nauki zawodu w formie alternatywnej (np. pracownie szkolne, symulacje)
- inne zalecenia dotyczące warunków realizacji praktycznej nauki zawodu:
.....
.....

3. OKRES OBOWIĄZYWANIA ZALECEŃ:

- do dnia
- przez okres
- do czasu ponownej oceny stanu zdrowia

(podpis i pieczęć lekarza medycyny pracy)