

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

.....
(miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY
O STANIE ZDROWIA UCZNIĄ UCZĘSZCZAJĄCEGO DO SZKOŁY PROWADZĄCEJ KSZTAŁCENIE ZAWODOWE**

**dla potrzeb zespołu orzekającego 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.....)

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)