

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCyny PRACY

dla potrzeb Zespołu Orzekającego przy Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Nowym Tomyślu dotyczące
indywidualnego nauczania

na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych
poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. z 2023, poz.2061)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. OKREŚLENIE MOŻLIWOŚCI DALSZEGO KSZTAŁCENIA W ZAWODZIE

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

2. OKREŚLENIE WARUNKÓW REALIZACJI PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU

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

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza