

.....
Pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o możliwości dalszego kształcenia w zawodzie
ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe
dla potrzeb zespołu orzekającego w PPP w Policach ubiegającego się o:
indywidualne nauczanie

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie
orzeczeń wydawanych przez publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne (Dz.U poz.1743)

Imię i nazwisko..... ur.

Miejsce zamieszkania.....

1. Może podjąć dalsze kształcenie w zawodzie

a) tak b) nie

2. Warunki realizacji praktycznej nauki zawodu

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

.....dn.

.....
pieczęć i podpis lekarza