

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY
(załącznik do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania
dla ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe
przez Zespół Orzekający Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Policach)

Imię i nazwisko ucznia.....ur.....

Miejsce zamieszkania.....

1. Uczeń może kształcić się w zawodzie:

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

2. Warunki realizacji praktycznej nauki zawodu:

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

.....
(Miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)