

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY

**dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w
Chelmży**

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14.09.2017.r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno- pedagogicznych (Dz. U. z 2017r. poz.1743)

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9.08.2017.r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz. U. z 2017r. poz.1616)

dotyczy przyznania indywidualnego nauczania dla ucznia

szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie

Imię i nazwisko

data urodzenia..... miejscowość.....

Miejsce zamieszkania

Szkoła..... klasa

Nazwa zawodu w jakim kształci się uczeń.....

I. Zaświadczenie o stanie zdrowia:

(Wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące nauczania indywidualnego).

Choroba główna oraz choroby współwystępujące (ICD 10):

.....
.....

Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie

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

Warunki realizacji praktycznej nauki zawodu

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

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczęć i podpis lekarza)