

dotyczy uczniów kształcących się w zawodzie:

.....
/pieczęć placówki medycznej/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
lekarza medycyny pracy
dla potrzeb zespołu orzekającego

*Wypełnia się dla uczniów szkół prowadzących kształcenie w zawodzie, ubiegających się
o nauczanie indywidualne*

Imię i nazwisko ucznia

ur. w

Adres zamieszkania

Szkoła

Nazwa zawodu

1. Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie:

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

2. Warunki realizacji praktycznej nauki zawodu (wymienić):

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

.....
/miejscowość, data/

.....
/pieczęć i podpis lekarza/