

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczące ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe
(wydaje lekarz medycyny pracy)

w sprawie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2026 r. poz. 428).

Imię i nazwisko ucznia:

PESEL:

Stwierdzenie lekarza medycyny pracy:

- ☐ Brak przeciwwskazań zdrowotnych do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu.
- ☐ Istnieją przeciwwskazania zdrowotne do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu.

(zaznaczyć właściwe)

Określenie warunków realizacji praktycznej nauki zawodu

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

Miejscowość, data:

Pieczętka i podpis lekarza medycyny pracy: