

.....
/pieczęć placówki medycznej/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE MEDYCyny PRACY
określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie
dla potrzeb zespołu orzekającego działającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Gostyninie

w związku z wnioskiem rodzica/opiekuna prawnego lub pełnoletniego ucznia
o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie
orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno
– pedagogicznych (Dz.U. 2026 poz. 428)

DANE UCZNI

Imię (imiona) i nazwisko:

.....

Data i miejsce urodzenia:

.....

PESEL:

.....

Szkoła:

.....

Ze względu na stan zdrowia uczeń/uczennica* nie może regularnie uczęszczać do szkoły kształcącej
w zawodzie

.....

(nazwa zawodu)

Ustalenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie:

.....

.....

.....

Określenie warunków realizacji praktycznej nauki zawodu:

.....

.....

.....

.....

.....

(podpis i pieczęć lekarza medycyny pracy)

Miejsce i data wystawienia: