*……………………………………… ………………………*

*pieczątka placówki służby zdrowia lub miejscowość, data lekarza praktykującego indywidualnie*

Wypełnia tylko lekarz medycyny pracy w przypadku ubiegania się o indywidualne nauczanie ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

***dotyczy wniosku o indywidualne nauczanie*** *(dla potrzeb Zespołu Orzekającego przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Świeciu)*

*Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (D. U. nr 173, poz. 1072)*

**Imię i nazwisko** ……………………………………………................................................................................

ur. ………………………………………………w……………………………………………

adres zamieszkania…………………………………………………………………………….

Określenie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………. …………………………………..

 (miejscowość i data) (pieczątka i podpis lekarza medycyny pracy)