

(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
OD LEKARZA MEDYCZYNY PRACY:
o stanie zdrowia ucznia**

dla potrzeb Zespołu Orzekającego PPP w Nowej Dębie

**dla ucznia szkoły prowadzącej kształcenia w zawodzie
w celu wydania orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania zawodu**

Imię i nazwisko ucznia

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

1. **Okres** (*nie krótszy niż 30 dni*) od dnia do dnia
w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia, znacznie utrudnia (*właściwe podkreślić*) uczęszczanie do
przedszkola lub szkoły.

2. **Rozpoznanie choroby** lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub
znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

.....

.....

3. **Warunki** realizacji praktycznej nauki zawodu:

.....

.....

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza
medycyny pracy