

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć placówki służby zdrowia)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**określające możliwość dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu**

dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Suwałkach

Imię i nazwisko uczennicy / ucznia .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....  
.....  
(szkoła, klasa, nazwa zawodu, w którym kształci się uczennica/uczeń)

Określenie, czy po uruchomieniu i zakończeniu indywidualnego nauczania uczeń będzie miał możliwość realizacji praktycznej nauki zawodu (właściwe podkreślić):

1. Brak przeciwwskazań zdrowotnych do kontynuowania praktycznej nauki zawodu.
2. Utraci zdolność do realizacji praktycznej nauki zawodu.

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy)