



.....
/pieczęć placówki opieki zdrowotnej/

.....
/data/

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCyny PRACY
OKREŚLAJĄCE MOŻLIWOŚĆ DALSZEGO KSZTAŁCENIA W ZAWODZIE
dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego
w Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Radlinie
w celu wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania**

Dane ucznia:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia / PESEL:

Szkoła / zawód:

Po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną ucznia określam, że w związku z rozpoznaniem przez lekarza specjalistę

- ☐ uczeń jest zdolny do realizacji praktycznej nauki zawodu,
☐ uczeń jest zdolny do realizacji praktycznej nauki zawodu pod następującymi warunkami:

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

- ☐ uczeń jest niezdolny do realizacji praktycznej nauki zawodu.

Data, pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 1043 ze zm.).

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).