

(Wypełnia lekarz medycyny pracy)

ZAŚWIADCZENIE o stanie zdrowia ucznia

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 1
w Krośnie

określające możliwość kształcenia w zawodzie

.....
(imię i nazwisko)

urodzony W

zamieszkały w
(adres)

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

Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki
zawodu.....

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

1. Brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zawodu, w tym do realizacji praktycznej nauki zawodu.
2. Istnieją przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania zawodu, w tym do realizacji praktycznej nauki zawodu.

.....
(miejscowość, data)

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