

Cześć C.

(Wypełnia lekarz medycyny pracy)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

określające możliwość dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu

.....
(imię i nazwisko)

urodzony.....w.....

zamieszkały w.....

(adres)

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

Określenie czy po uruchomieniu i zakończeniu nauczania indywidualnego uczeń będzie miał możliwość realizacji praktycznej nauki zawodu: *(właściwie zakreślić)*

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

.....
(miejsowość, data)

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