

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY**

### **O STANIE ZDROWIA UCZNIĄ UCZĘSZCZAJĄCEGO DO SZKOŁY PROWADZĄCEJ KSZTAŁCENIE ZAWODOWE**

**dla potrzeb zespołu orzekającego w celu realizacji indywidualnego nauczania  
oraz określenia możliwości dalszego kształcenia w zawodzie**

Imię i nazwisko ucznia: .....

Data i miejsce urodzenia: .....PESEL: .....

Szkoła/placówka: .....

Zawód / kierunek kształcenia: .....

#### **1. OCENA STANU ZDROWIA\***

- pozwala na dalsze kształcenie w zawodzie bez ograniczeń
- pozwala na dalsze kształcenie w zawodzie z ograniczeniami
- nie pozwala na dalsze kształcenie w zawodzie

#### **2. WARUNKI REALIZACJI PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU\***

- skrócony czas zajęć praktycznych (maksymalnie .....godzin dziennie)
- wyłączenie z wykonywania czynności: .....
- konieczność zapewnienia stanowiska pracy dostosowanego do stanu zdrowia
- możliwość realizacji praktycznej nauki zawodu w formie alternatywnej (np. pracownie szkolne, symulacje)
- inne zalecenia dotyczące warunków realizacji praktycznej nauki zawodu: .....

#### **3. OKRES OBOWIĄZYWANIA ZALECEŃ\*:**

- do dnia .....
- przez okres .....
- do czasu ponownej oceny stanu zdrowia

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

\*zaznaczyć właściwe