

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub prywatnej praktyki)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCyny PRACY
O STANIE ZDROWIA UCZNIA UCZĘSZCZĄCEGO DO SZKOŁY PROWADZĄCEJ KSZTAŁCENIE ZAWODOWE
dla potrzeb zespołu orzekającego w celu realizacji indywidualnego nauczania
oraz określenia możliwości dalszego kształcenia w zawodzie

(zgodnie z rozporządzeniem MEN z dnia 2 marca 2026 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające
w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych - Dz.U. 2026, poz.428)

Imię i nazwisko ucznia:

Data i miejsce urodzenia:PESEL:

Adres zamieszkania:

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. pracownice 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)