

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

.....  
(miejsce, data)

**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**

(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. 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)