

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY**  
**określające możliwość dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu**  
**dla potrzeb zespołu orzekającego**

działającego na podstawie *Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026 poz. 428)*

**Imię i nazwisko ucznia** .....

**Data i miejsce urodzenia** .....

**Miejsce zamieszkania** .....

Nazwa i adres szkoły, klasa:.....

Zawód:.....

Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie:

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

Określenie warunków realizacji praktycznej nauki zawodu:

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

.....  
(miejscowość, data)

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