………………………………………..

pieczęć placówki miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY**

**(załącznik do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania)**

Dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Malborku, Kotarbińskiego 32 działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 w sprawie opinii i orzeczeń wydawane przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno- pedagogicznych ( Dz.U.2017,poz.1743).

**Imię i nazwisko ucznia…………………………………………………………………………………………………….**

**Pesel ucznia…………………………………………………………………………………………………………………....**

Należy określić możliwość dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu prze ucznia z powodu realizacji indywidualnego nauczania

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

………………………………………………

Pieczątka i podpis

lekarza medycyny pracy