

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY DO WNIOSKU O PRYZNANIE  
ORZECZENIA O POTRZEBIE INDYWIDUALNEGO NAUCZANIA DLA UCZNIĄ SZKOŁY  
PROWADZĄCEJ KSZTAŁCENIE W ZAWODZIE.**

*Podstawa prawna: Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026r. Dz. U. z 2026 r., poz. 428.*

Imię i nazwisko ucznia: .....

PESEL

Data i miejsce urodzenia: .....

Miejsce zamieszkania: .....

Szkoła, adres, klasa, zawód.....

Rozpoznanie choroby ICD:

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

Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu.

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

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