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

 ( miejscowość, data)

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

 (pieczęć placówki służby zdrowia)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**określające możliwość dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu**

dla potrzeb Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Augustowie

Imię i nazwisko uczennicy/ucznia .............................................................................................................

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

Adres zamieszkania ...................................................................................................................................

Nr PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

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

(szkoła, klasa, nazwa zawodu, w którym kształci się uczennica/uczeń)

Określenie, czy po uruchomieniu i zakończeniu indywidualnego nauczania uczeń będzie miał możliwość realizacji praktycznej nauki zawodu (właściwe podkreślić):

1. Brak przeciwskazań zdrowotnych do kontynuowania praktycznej nauki zawodu.
2. Utraci zdolność do realizacji praktycznej nauki zawodu.

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

 (data) (podpis i pieczątka lekarza medycyny pracy)