Zaświadczenie lekarskie o możliwości odbywania  
praktycznej nauki zawodu przez ucznia  
dla potrzeb zespołu orzekającego\*  
(dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania)  
\***Zaświadczenie wydaje lekarz medycyny pracy**  
 **Podstawa prawna:** art. 3 ust. 6 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017r., poz. 1743) art. 5 ust. 1 pkt 4 i art. 6 ust. 1 pkt 2 lit. c ig ustawy z dnia 27 czerwca 1997r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2022r., poz. 437)   
  
Imię i nazwisko: ..........................................................................................  
ur. ...............................................................................................................  
PESEL……………………………………………………………………………  
Miejsce zamieszkania:……….....................................................................  
…………………………………………………………………………………….  
Nazwa i adres szkoły:…………………………………………………………..  
…………………………………………………………………………………….  
Oznaczenie oddziału w szkole i nazwa zawodu (klasa)………..…………..  
…………………………………………………………………………………….  
**Wypełnia lekarz**  
1. Brak przeciwwskazań zdrowotnych do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu.\*\* Możliwość kontynuacji nauki zawodu w trybie indywidualnego nauczania z uwzględnieniem następujących warunków:  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
……………………………………………………………………………………………………………  
2. Istnieją przeciwwskazania zdrowotne do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu\*\*   
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
  
  
…………………………………………..  
…………………………………………..  
…………………………………………..  
(miejscowość i data)  
(pieczątka i podpis lekarza)  
  
**Pouczenie**:  
Od zaświadczenia lekarskiego osobie badanej oraz placówce dydaktycznej przysługuje odwołanie wnoszone na piśmie. Odwołanie wraz z uzasadnieniem wnosi się w terminie 14 dni od dnia otrzymania zaświadczenia lekarskiego, za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie lekarskie do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, właściwego ze względu na siedzibę placówki dydaktycznej, a w przypadku gdy odwołanie dotyczy zaświadczenia lekarskiego wydanego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy - do instytutu badawczego w dziedzinie medycyny pracy. W przypadku gdy zaświadczenie lekarskie wydał lekarz kolejowego ośrodka medycyny pracy, odwołanie od zaświadczenia lekarskiego składa się, za jego pośrednictwem, do Centrum Naukowego Medycyny Kolejowej