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