

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(miejsowość, data)

Zaświadczenie lekarskie lekarza medycyny pracy

w celu przedłożenia Zespołowi Orzekającemu w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej
Nr 3 w Gdyni

.....
(imię i nazwisko ucznia)

.....
(data i miejsce urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nauka w zawodzie)

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego:

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

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

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

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