

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

KIEROWANE DO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W TORUNIU

DOTYCZĄCE UCZNIĄ SZKOŁY PROWADZĄCEJ KSZTAŁCENIE W ZAWODZIE UBIEGAJĄCEGO SIĘ O INDYWIDUALNE NAUCZANIE

Informacja dla lekarza medycyny pracy: aktualne przepisy oświatowe zezwalają na realizację indywidualnego nauczania w bezpośrednim kontakcie wyłącznie poza szkołą w miejscu pobytu ucznia (dom, szpital, sanatorium) lub bez bezpośredniego kontaktu, tj. zdalnie. Dotyczy to wszystkich przedmiotów, także z zakresu nauki zawodu.

I. DANE UCZNIĄ/ UCZENNICY

* *
(imię i nazwisko ucznia/uczennicy) (data urodzenia ucznia/uczennicy)

II. OŚWIADCZENIE LEKARZA

dot. określenia możliwości dalszego kształcenia w zawodzie

W związku z rozpoznaniem **choroby lub innego problemu zdrowotnego** powodującego, że **stan zdrowia ucznia/uczennicy uniemożliwia** lub **znacznie utrudnia** mu/jej uczęszczanie do szkoły, tj.:

symbol ICD-10 * **oraz nazwa: ***

(diagnoza spójna z przedstawioną na zaświadczeniu lekarskim zalecającym indywidualne nauczanie wydane nie wcześniej niż miesiąc przed dniem, w którym wydawane jest niniejsze zaświadczenie)

stwierdzam, że uczeń/uczennica:
(podkreślić właściwe)

- a. **może** dalej kształcić się w zawodzie * (należy podać zawód)
lub
- b. **nie może** dalej kształcić się w zawodzie * (należy podać zawód)

Jeśli uczeń/uczennica **może kontynuować kształcenie się w ww. zawodzie** obligatoryjnie należy **wskazać warunki realizacji praktycznej nauki zawodu** związane ze stanem zdrowia ucznia/uczennicy oraz specyfiką zawodu

*
.....
.....
.....
.....
.....
.....

***wypełnienie obligatoryjne**

.....
data, pieczęćka i podpis lekarza **medycyny pracy**