

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

KIEROWANE DO ZESPOŁU ORZĘKAJĄCEGO PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W TORUNIU DOTYCZĄCE UCZNIA SZKOŁY **PROWADZĄCEJ KSZTAŁCENIE W ZAWODZIE** UBIEGAJĄCEGO SIĘ O **INDYWIDUALNE NAUCZANIE**

Zaświadczenie wydaje się na **potrzeby poradni psychologiczno-pedagogicznej** w celu wydania orzeczenia na podstawie art.127 ust.10 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U.z 2017 r. poz.59 i 949), oraz Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2026 poz. 428)

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), na terenie szkoły (dla uczniów których stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły)
lub bez bezpośredniego kontaktu, tj. zdalnie. Dotyczy to wszystkich przedmiotów, także z zakresu nauki zawodu.

I.DANE UCZNIA/ 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, pieczęć i podpis lekarza **medycyny pracy**