

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

## KIEROWANE DO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W TORUNIU DOTYCZĄCE UCZNIĄ 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 UCZNIĄ/ UCZENNICY

\* ..... \* .....  
(imię i nazwisko ucznia/ uczenicy) (data urodzenia ucznia/ uczenicy)

### II.OŚWIADCZENIE LEKARZA

#### dot. określenia możliwości dalszego kształcenia w zawodzie

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

**symbol ICD \*** ..... **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/ uczenica:  
**(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/ uczenica **może kontynuować kształcenie się w ww. zawodzie obligatoryjnie** należy **wskazać warunki realizacji praktycznej nauki zawodu** związane ze stanem zdrowia ucznia/ uczenicy oraz specyfiką zawodu

\* .....  
.....  
.....  
.....  
.....

### \*wypełnienie obligatoryjne

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