....

/ pieczątka zakładu / / miejscowość, data /

Zaświadczenie

dot. nauczania indywidualnego wydane przez lekarza medycyny pracy (na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego)

/ **podstawa prawna** Rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych / Dziennik Ustaw z 2017 r. poz. 1743/

• Imię i nazwisko dziecka.....

• Data urodzenia.....

• Adres zamieszkania.....

- **Przewidywany okres** (nie krótszy niż 30 dni, nie dłuższy niż 1 rok szkolny), w którym stan zdrowia ucznia uniemożliwia/ znacznie utrudnia* uczęszczanie do szkoły, powodując konieczność nauczania w domu.

……..…….

(podać okres)

- **Rozpoznanie choroby** (zgodnie z klasyfikacją ICD-10) lub innego problemu zdrowotnego

.....

.....

.....

- **Określenie możliwości kształcenia w zawodzie** ……..,

w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu:

.....

.....

.....

.....

/pieczęć i podpis lekarza /