…..... .....
(pieczęć placówki medycznej) (miejscowość, data)

Zaświadczenie lekarza medycyny pracy do wniosku o przyznanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania dla ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO PEDAGOGICZNA W KOZIENICACH

Numer PWZ lekarza:								**Specjalizacja:** w trakcie / nie dotyczy

Zaświadczenie załącza się do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania po wypełnieniu przez lekarza specjalistę lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny.

Podstawa prawna: § 6 ust. 6 Rozporządzenia ME z dnia 02 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026, poz. 428).

Imię i nazwisko ucznia **PESEL ucznia**

Szkoła, adres, klasa, zawód

I. **Rozpoznanie** choroby lub innego problemu zdrowotnego zgodnie z klasyfikacją ICD:

Rozpoznanie główne (wraz z oznaczeniem zgodnym z obowiązującą klasyfikacją ICD)

Rozpoznanie współwystępujące (wraz z oznaczeniem zgodnym z obowiązującą klasyfikacją ICD)

Rozpoznanie współwystępujące (wraz z oznaczeniem zgodnym z obowiązującą klasyfikacją ICD)

Rozpoznanie współwystępujące (wraz z oznaczeniem zgodnym z obowiązującą klasyfikacją ICD)

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

……..……

……..……

……..……

……..……

……..

…….…..
(pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy)