

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE OKREŚLAJĄCE MOŻLIWOŚĆ DALSZEJ REALIZACJI
PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU**

(w celu przedłożenia Zespołowi Orzekającemu w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 2 w Gdyni)

Podstawa prawna: *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych* (Dz. U. z 2017r , poz. 1743).

.....
(imię i nazwisko ucznia)

.....
(data i miejsce urodzenia)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(szkoła/klasa)

.....
(zawód, w którym kształci się uczeń)

**I. OKREŚLENIE MOŻLIWOŚCI DALSZEJ REALIZACJI PRAKTYCZNEJ NAUKI
ZAWODU.**

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