**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Rypinie, ul. Mławska 54A, 87-500 Rypin**

**Tel.** [**54 280 50 48**](https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=poradnia%20rypin&tbs=lf:1,lf_ui:2&tbm=lcl&sxsrf=ALeKk00qycSo4Al80G9f3KAyOcaJ0yAfGQ:1615658936519&rflfq=1&num=10&rldimm=11588314876882625670&lqi=Cg5wb3JhZG5pYSByeXBpbloaCghwb3JhZG5pYSIOcG9yYWRuaWEgcnlwaW6SAQ5tZWRpY2FsX2NsaW5pY6oBEBABKgwiCHBvcmFkbmlhKAs&ved=2ahUKEwi95fTH7q3vAhXNvosKHSaoBQoQvS4wBXoECAQQLg&rlst=f)**, 534 472 805, e-mail:** **sekretariat@ppprypin.pl**

………………………………

 pieczęć placówki medycznej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY**

**dla potrzeb zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rypinie**

**określające możliwości dalszego kształcenia w zawodzie dla ucznia ubiegającego się**

**o nauczanie indywidualne**

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 737)

Imię (imiona) i nazwisko ucznia .....................................................…………………........................................

Data i miejsce urodzenia ......................................................................................................................................

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………….

PESEL

Nazwa szkoły i klasa …………………………………………………………………………………………..

Nazwa zawodu ……………………………………………………………........................................................

Rozpoznanie choroby:

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Numer statystyczny ICD:

…………………………………………………………………………………………………………………

**Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie:**

€ uczeń może kontynuować kształcenie w wybranym zawodzie

€ uczeń nie może kontynuować kształcenia w wybranym zawodzie

**Warunki realizacji praktycznej nauki zawodu:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………….. ……………………………..

 miejscowość, data pieczątka i podpis lekarza