.......................................... ..........................................................

(Pieczęć placówki służby zdrowia) (miejscowość data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczące nauki w Szkole Przysposabiającej do Pracy w Zespole Niepublicznych Szkół i Placówek Oświatowych „ Nasza Szkoła”

w Michalinowie Oleśnickim

............................................................. ......................................

Nazwisko i imię PESEL

Adres: ........................................................................................................................Rozpoznanie schorzenia: ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Przeciwwskazane są prace wymagające: ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Badany może podjąć naukę w szkole przysposabiającej do pracy dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym oraz uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi.

Miejscowość i data......................................................

 Podpis i pieczęć lekarza