

Częstochowa ..... 20.....r.

## Z a ś w i a d c z e n i e

Zaświadcza się, że uczeń:

1. Imię i nazwisko .....
2. Data urodzenia .....
3. Numer PESEL osoby badanej .....
4. Informacja o kierunku kształcenia .....
5. Orzeczenie o istnieniu lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do dalszego kształcenia w zawodzie:

uczeń ze względu na aktualny stan zdrowia **może/nie może** nadal kształcić się w zawodzie.

Warunki realizacji praktycznej nauki zawodu:

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

.....  
pieczętka i podpis lekarza medycyny pracy