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:

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

*.......................................................................*

pieczątka i podpis lekarza medycyny pracy