**ZAŚWIADCZENE LEKARZA MEDYCYNY PRACY**

**Dotyczy przyznania nauczani indywidualnego w szkole kształcącej w zawodzie**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko ucznia: |  |
| Data i miejsce urodzenia: |  |
| PESEL |  |
| Adres zamieszkania: |  |
| Szkoła: |  |
| Klasa: |  |
| Zawód, jakiego uczeń się uczy: |  |

1. Stan zdrowia (właściwe zaznaczyć, wstawiając x)
* Utrudnia uczęszczanie do szkoły
* Uniemożliwia uczęszczanie do szkoły

Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia ucznia uniemożliwia

lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły (z oznaczeniem jednostki chorobowej zgodnie z najnowszym ICD)

2. **Rozpoznanie** choroby lub innego problemu zdrowotnego **zgodnie z klasyfikacją ICD** (**podanie nr ICD jest konieczną częścią zaświadczenia)**:

……………………….……………………………………………………..……………….….. □ □ □ □

(wskazanie rozpoznania współwystępującego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

………………………….………………………………………………………………… .….. □ □ □ □

(wskazanie rozpoznania współwystępującego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

………………………………………………………………………………………………..… □ □ □ □

(wskazanie rozpoznania współwystępującego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

………………………………………………………………………………………………..… □ □ □ □

(wskazanie rozpoznania współwystępującego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

………………………………………………………………………………………………..… □ □ □ □

(wskazanie rozpoznania współwystępującego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

Informacje o możliwości dalszego kształcenia w zawodzie i realizowania praktyk uczniowskich

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………

Data

 pieczątka i podpis

 lekarza medycyny pracy