Poradnia 16
psychologiczno-pedagogiczna

Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna nr 16
04 - 393 Warszawa, ul. Siennicka 40
tel. 22 610 - 21 - 32

……
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie)
Nr identyfikacyjny REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

w sprawie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu

Imię i Nazwisko ucznia/uczennicy ……

ur. ……Nr PESEL……

Szkoła/klasa/zawód
……
……
……

Miejsce zamieszkania ……

Brak przeciwskazań zdrowotnych do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu*

Istnieją przeciwskazania zdrowotne do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu *

* Właściwe podkreślić

…… ……
(Miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarz)