ZAŚWIADCZENIE OD LEKARZA MEDYCYNY PRACY

Zaświadczam, że uczeń[2] …… ur. ……:

Może kontynuować praktyczną naukę w zawodzie ……..

Nie może kontynuować praktycznej nauki w zawodzie ……

Proszę wskazać możliwości dalszego kształcenia zawodowego ucznia.

……

……

……

……

……

……

……

……

……. ……..
(miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)

[2] Właściwe zakreślić znakiem X