



2. Opis ograniczeń w funkcjonowaniu ucznia wynikających z choroby lub innego problemu zdrowotnego, które uniemożliwiają\* lub znacznie utrudniają\* uczęszczanie do szkoły:

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

3. Określenie przewidywanego czasu (- od-do- nie krótszego niż 30 dni), w którym stan zdrowia ucznia uniemożliwia\* lub znacznie utrudnia\* uczęszczanie do szkoły:

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

4. Określenie zakresu, w jakim uczeń, któremu stan zdrowia uniemożliwia\* lub znacznie utrudnia\* uczęszczanie do szkoły może brać udział w działaniach sprzyjających integracji ucznia ze środowiskiem szkolnym oraz ułatwiających powrót ucznia do szkoły.

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

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Pieczęć i podpis lekarza)

**\*właściwe podkreślić**

**Część B. (Wypełnia lekarz medycyny pracy)**

Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie w tym warunków realizacji przez ucznia praktycznej nauki zawodu:

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

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy)

**\*właściwe podkreślić**