



**Zespół Szkół nr 6 w Rybniku,**  
ul. S. Małachowskiego 145, 44-251 Rybnik, tel/fax 32 45 77 098  
Sekretariat czynny w godzinach 7<sup>30</sup>-15<sup>30</sup>  
e-mail: [zs6@miastorybnik.pl](mailto:zs6@miastorybnik.pl), [www.zs6rybnik.pl](http://www.zs6rybnik.pl)

.....  
(Pieczęć placówki służby zdrowia)

.....  
(miejscowość i data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
dotyczące nauki w szkole Przystosabiającej do Pracy  
w Zespole Szkół nr 6 w Rybniku, ul. Małachowskiego 145

.....  
Nazwisko i imię

.....  
PESEL

Adres: .....

Rozpoznanie schorzenia: .....

.....  
Przeciwwskazane są prace

wymagające: .....

.....  
Badany może podjąć naukę w:

Szkole Specjalnej Przystosabiającej do Pracy z niepełnosprawnością intelektualną  
w stopniu umiarkowanym i znacznym

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza