

.....
Pieczęć szkoły/placówki.....
Miejscowość, data**ZAŚWIADCZENIE
O AKTUALNIE REALIZOWANYM KSZTAŁCENIU**Niniejszym zaświadcza się, że Pan/Pani:
Imię i nazwiskoZamieszkały/-a:
Pełny adres zamieszkania

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

jest uczniem / studentem * prowadzącym kształcenie zawodowe.Nazwa i adres szkoły/placówki oświatowej:
.....
.....Kierunek kształcenia:
.....

Klasa/czas trwania:

Zaświadcza się również, że uczeń, którego dotyczy niniejsze zaświadczenie, posiada ważne orzeczenie lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy, które potwierdza brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zawodu w ramach wskazanego kierunku kształcenia.

Ja, niżej podpisany/-a, świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, potwierdzam, że dane podane w niniejszym zaświadczeniu są zgodne z prawdą.

.....
Podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania szkoły/placówki

* Niepotrzebne skreślić