

*pieczęć szkoły*

## SKIEROWANIE

stosownie do przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów. (Dz. U. z 2019 r., poz. 1651)

### I. Kieruję na badanie lekarskie: (właściwe zaznaczyć)

*imię i nazwisko kandydata / ucznia / studenta / słuchacza*

.....  
*data urodzenia*

.....  
*numer PESEL*

### II. Skierowana osoba jest — właściwe zaznaczyć

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kandydatem do szkoły ponadpodstawowej                   | <input type="checkbox"/> nieletnim słuchaczem na kwalifikacyjny kurs zawodowy                           |
| <input type="checkbox"/> uczniem szkoły ponadpodstawowej                         | <input type="checkbox"/> doktorant  |
| <input type="checkbox"/> kandydatem do szkoły wyższej                            | <input type="checkbox"/> pełnoletnim słuchaczem na kwalifikacyjny kurs zawodowy*                        |
| <input type="checkbox"/> nieletnim kandydatem na kwalifikacyjny kurs zawodowy    | <input type="checkbox"/> przygotowanie do uzyskania umiejętności kierowania pojazdem silnikowym kat A,B |
| <input type="checkbox"/> studentem   | <input type="checkbox"/> przygotowanie do uzyskania umiejętności kierowania pojazdem silnikowym kat C,D |
| <input type="checkbox"/> pełnoletnim kandydatem na kwalifikacyjny kurs zawodowy* |   |

\*Badanie płatne - art. 21 a ustawy z dnia 27.06.1997 r. o służbie medycyny pracy (tj. Dz. U. z 2019 poz. 1175).

.....**technik masażysta**.....

*zakres praktycznej nauki zawodu albo kształcenia*

III. W trakcie odbywania praktycznej nauki zawodu w/w będzie narażony na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia.

1. Obciążenie układu ruchu związane z wykonywaniem masażu

....., dnia .....,  
*miejsowość, data wystawienia skierowania*

SEKRETARIAT SZKOŁY  
*M. Mazurek*  
mgr Katarzyna Mazurek

.....  
*pieczęć i podpis kierującego na badanie lekarskie*