

pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka / ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

działającego w poradni psychologiczno-pedagogicznej na podstawie Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2017r, poz. 1743).

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:

Numer PESEL..... Data i miejsce urodzenia.....

Miejsce zamieszkania:

CZĘŚĆ A

Informacja o stanie zdrowia

(wypełnia się dla dzieci / uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego albo indywidualnego nauczania albo indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego albo zajęć rewalidacyjno-wychowawczych albo wczesnego wspomagania rozwoju)

- Diagnoza – rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego z podaniem oznaczenia **wg klasyfikacji ICD-10**; opis choroby, rokowanie

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

- Jakie ograniczenia i/lub bariery w funkcjonowaniu dziecka / ucznia powoduje choroba

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

.....

miejsowość, data

.....

pieczęć i podpis lekarza

CZĘŚĆ B

wypełnia się tylko w przypadku ubiegania się o indywidualne nauczanie

albo indywidualne roczne przygotowanie przedszkolne

- Określenie, czy stan zdrowia dziecka / ucznia: *(proszę właściwie podkreślić)*
 - **UNIEMOŻLIWIA** uczęszczanie do przedszkola / szkoły
 - **ZNACZNIE UTRUDNIA** uczęszczanie do przedszkola / szkoły
- Uzasadnienie: wskazanie faktów (objawów, skutków choroby) powodujących, że dziecko / uczeń nie może uczęszczać lub ma znacznie utrudnioną zdolność uczęszczania do przedszkola / szkoły

.....

.....

.....

- Przewidywany okres *(proszę podać daty)*, w którym stan zdrowia dziecka / ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (nie krótszy niż 30 dni)

.....

.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza

CZĘŚĆ C

wypełnia tylko lekarz medycyny pracy w przypadku ubiegania się o nauczanie indywidualne

ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie

- Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu

.....

.....

.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć placówki medycznej

.....
pieczęć i podpis lekarza