

.....
(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 07.09.2017 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:

CZEŚĆ A

Informacja o stanie zdrowia

(wypełnia się dla dziecka/ucznia, w stosunku do którego będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego; indywidualnego nauczania; indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego; zajęć rewalidacyjno-wychowawczych; wczesnego wspomaganie rozwoju)

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

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

- Jakie ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia powoduje choroba lub proces terapeutyczny

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

CZĘŚĆ B

Wypełnia się tylko w przypadku ubiegania się o indywidualne nauczanie
albo indywidualne obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne - wydaje lekarz specjalista lub lekarz POZ na
podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

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

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

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

Do dnia

.....
(miejscowość, 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 – jeżeli zespół orzekający uzna, że jest to niezbędne do wydania orzeczenia

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

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)