

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 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

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

.....
miejsowość, 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

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

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

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

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć placówki medycznej

.....
pieczęć i podpis lekarza