

(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka / ucznia
w związku z nauczaniem indywidualnym na terenie domu

(dla potrzeb zespołu orzekającego wydane na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych Dz.U. 2017 poz. 1743 - oraz Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dn. 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży Dz. U. 2017 poz. 1616).

Imię i nazwisko**ur.**.....

Miejsce zamieszkania
.....

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego przez lekarza specjalistę wg ICD

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

2. Opis ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka / ucznia wynikających z rozpoznanej choroby lub innego problemu zdrowotnego

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

3. Stan zdrowia dziecka uniemożliwia / znacznie utrudnia (właściwe podkreślić) uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

4. Okres (od - do), w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (nie krótszy niż 30 dni, nie dłuższy niż rok szkolny)

(pieczętka i podpis lekarza)

Dotyczy uczniów, którzy uczą się w szkołach ponadpodstawowych prowadzących kształcenie zawodowe

1. Lekarz medycyny pracy określa możliwość dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu: zdolny do realizacji praktycznej nauki zawodu / niezdolny do realizacji praktycznej nauki zawodu (właściwe podkreślić)

(miejsowość, data)

(pieczęćka i podpis lekarza
medycyny pracy)