

.....
(miejsowość, data)

(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka lub ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej

na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07 września 2017 r.
w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez Zespoły Orzekające działające w publicznych
poradniach psychologiczno - pedagogicznych (Dz.U. poz. 1743).

Imię i Nazwisko dziecka lub ucznia:

urodzony

miejsce zamieszkania

CZĘŚĆ A. (Wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w jakiegokolwiek formie tj. dotyczące kształcenia specjalnego albo indywidualnego nauczania albo zajęć rewalidacyjno - wychowawczych albo wczesnego wspomaganie rozwoju).

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

CZĘŚĆ B. (Wypełnia się tylko dla uczniów ubiegających się o indywidualne nauczanie/indywidualne przygotowanie przedszkolne)

Określenie, czy stan zdrowia dziecka/ucznia: *(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)*

- UNIEMOŻLIWIA uczęszczanie do przedszkola / szkoły
- ZNACZNIE UTRUDNIA uczęszczanie do przedszkola / szkoły

Przewidywany okres, w którym stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły **(proszę wpisać datę: dzień - miesiąc - rok)**

do dnia:
(nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż rok szkolny)

Uzasadnienie - wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(miejsce, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

CZĘŚĆ C. (Dotyczy uczniów, którzy uczą się w szkołach ponadpodstawowych i ponadgimnazjalnych prowadzących kształcenie zawodowe.)

Lekarz medycyny pracy określa możliwość dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu:

zdolny do realizacji praktycznej nauki zawodu/niezdolny do realizacji praktycznej nauki zawodu

(właściwe podkreślić)

.....
(miejsce, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy)