



.....
(pieczęć z nr identyfikacyjnym REGON)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego
działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej**

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:

Data i miejsce urodzenia:

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 indywidualnego przygotowania przedszkolnego, albo zajęć rewalidacyjno -wychowawczych, albo wczesnego wspomagania rozwoju)

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia:

a) **Diagnoza** (choroba główna i choroby współwystępujące wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)):

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

b) **Opis przebiegu choroby i stosowanego leczenia; aktualny stan zdrowia dziecka:**

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

c) **Ocena wyniku leczenia i rokowania:**

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

CZĘŚĆ B

(wypełnia się tylko w przypadku ubiegania się o indywidualne nauczanie lub indywidualne przygotowanie przedszkolne)

2. Określenie, czy stan zdrowia dziecka/ucznia: (właściwe podkreślić)

UNIEMOŻLIWIA uczęszczanie do przedszkola/szkoły

ZNACZNIE UTRUDNIA uczęszczanie do przedszkola/szkoły

3. Określenie czasu (okres nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny), w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

.....

4. Określenie rozpoznania choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z ICD-10, oraz wynikające z tej choroby lub problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

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

5. Określenie zakresu, w jakim dziecko/uczeń, któremu stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły może brać udział w zajęciach organizowanych na terenie przedszkola/szkoły, w tym – zajęciach rozwijających zainteresowania i uzdolnienia, uroczystościach i imprezach przedszkolnych/szkolnych oraz wybranych zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych :

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

.....

(miejsowość, data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

.....
(pieczęć z nr identyfikacyjnym REGON)

CZEŚĆ C

(wypełnia tylko lekarz medycyny pracy w przypadku ubiegania się o nauczanie indywidualne ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie)

6. Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunków realizacji praktycznej nauki zawodu:

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

.....
(miejscowość, data)

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

Podstawa prawna:

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1743)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz. U. z 2017 r., poz. 1616)