

Pieczeńć zakładu opieki zdrowotnej

Nr identyfikacyjny REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego, dla potrzeb zespołu orzekającego w poradni psychologiczno – pedagogicznej.

Podstawa prawna: 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 2017 r., poz. 1743).

Dotyczy przyznania indywidualnego nauczania dla ucznia / rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego dla dziecka:

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

PESEL.....

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

Przewidywany okres nie krótszy niż 30 dni, jednak nie dłuższy niż do końca roku szkolnego, w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły: od..... do.....

Ze względu na stan zdrowia*: uniemożliwiający uczęszczanie do przedszkola/szkoły
znacznie utrudniający uczęszczanie do przedszkola/szkoły

CZĘŚĆ A

A) rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego, zgodnie z klasyfikacją ICD

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

B) wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia ucznia/dziecka w funkcjonowaniu dziecka/ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do szkoły):

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

C) Data rozpoczęcia leczenia

Zalecane formy leczenia

.....

CZĘŚĆ B

Określenie zakresu, w jakim uczeń może brać udział w zajęciach rozwijających zainteresowania i uzdolnienia, uroczystościach i imprezach przedszkolnych lub szkolnych oraz wybranych zajęciach wychowania przedszkolnego lub w zajęciach edukacyjnych**

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

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza

CZĘŚĆ C

(wypełnia tylko lekarz medycyny pracy)

Ocena możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu (w przypadku ucznia szkoły kształcącej w zawodzie, § 6 ust. 6 rozporządzenia)

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

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć i podpis lekarza prowadzącego badanie

** - dotyczy uczniów, których stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły