

.....
(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:

PESEL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

urodzony w
(data) (miejsowość)

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 lub 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

do dnia: |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__| - *nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż rok szkolny*
(dzień) (miesiąc) (rok)

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zalecane formy dalszego leczenia

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)