

(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)*

.....  
*(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

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

.....  
*(miejscowość, data)*

.....  
*(pieczętka i podpis lekarza)*