

Pieczęć placówki medycznej

Imię i nazwisko dziecka / ucznia

Data urodzenia oraz numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka / ucznia

(dla potrzeb zespołu orzekającego działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych – Dz. U. z 14 września 2017 r., poz. 1743 – informacje zbierane zgodnie z § 2 ust. 5, 6, 7 i 8)

Część A - Należy wypełnić, jeżeli sprawa dotyczy ucznia, który stara się o uzyskanie orzeczenia do nauczania indywidualnego lub rocznego indywidualnego przygotowania przedszkolnego

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego – proszę wpisać wraz z rozpoznaniem alfanumerycznym, zgodnie z obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły. Prosimy również o podanie informacji dotyczące zastosowanego leczenia (leki jakie dziecko przyjmuje), jakie są rokowania oraz od jak dawna dziecko / uczeń jest pacjentem placówki, z której uzyskuje zaświadczenie.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

W związku z powyższym stwierdzam, że stan zdrowia dziecka / ucznia znacznie utrudnia / uniemożliwia mu uczęszczanie do szkoły¹.

Ze względu na stan zdrowia ucznia wnioskuję o indywidualne nauczanie do: (należy wskazać czas nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż rok szkolny):

.....

Data: Podpis i pieczęć lekarza

UWAGA: CZĘŚĆ B (dotycząca orzeczenia do kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych lub opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju) oraz **CZĘŚĆ C** dotycząca nauczania indywidualnego w szkołach zawodowych) **DO WYPEŁNIENIA NA ODWROCIE.**

¹ Proszę podkreślić właściwe

Część B - Należy wypełnić, jeżeli sprawa dotyczy ucznia, który stara się o uzyskanie orzeczenia do kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno – wychowawczych lub opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju.

Rozpoznanie / choroba główna i choroby współistniejące²:

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

Data

.....

Pieczęć i podpis lekarza

Część C - Należy wypełnić, jeżeli o nauczanie indywidualne ubiega się uczeń szkoły zawodowej:

Czy uczeń może nadal realizować praktyczną naukę zawodu: TAK NIE

UWAGA – jeżeli uczeń szkoły zawodowej ubiega się o możliwość nauczania indywidualnego dokument ten powinien wypełnić **lekarz medycyny pracy.**

Data:

Podpis i pieczęć lekarza

² Proszę podać rozpoznanie choroby wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową skalą Klasyfikacyjną Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)