

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego
działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r.
w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające
w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017r., poz. 1743)*

Imię i nazwisko, ur.

Numer PESEL

Adres zamieszkania

I. Wypełnia się dla dzieci/uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie: kształcenia specjalnego albo indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego, albo indywidualnego nauczania, albo zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, albo wczesnego wspomaganie rozwoju.

Stan zdrowia - choroba główna oraz choroby współwystępujące wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

II. Wypełnia się wyłącznie dla dzieci/uczniów ubiegających się o indywidualne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne lub o indywidualne nauczanie.

Wynikające z wymienionej powyżej choroby/chorób ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia, które uniemożliwiają/znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola/szkoły:

Stwierdzenie czy dziecko/uczeń wymaga indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego albo indywidualnego nauczania *(proszę zakreślić właściwe)*:

TAK

NIE

Stwierdzenie czy stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia czy też znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły *(proszę zakreślić właściwe)*:

UNIEMOŻLIWIA

ZNACZNIE UTRUDNIA

Okres, w którym stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)