

Zaświadczenie lekarskie  
wymagane do wydania orzeczenia  
o potrzebie **indywidualnego nauczania**

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*o stanie zdrowia dziecka / 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** .....

**Wypełnia się dla dzieci/uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie:**

- indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego
- indywidualnego nauczania

*(proszę zakreślić właściwą odpowiedź)*

**Informacja dla lekarza:**

*obowiązujące przepisy oświatowe zezwalają na realizację indywidualnego nauczania wyłącznie poza szkołą – w miejscu pobytu ucznia (dom rodzinny, placówka – MOW, MOS, SOSW, SOW, rodzina zastępcza, rodzinny dom dziecka, placówka opiekuńczo-wychowawcza, regionalna placówka opiekuńczo-terapeutyczna). Prosimy wziąć powyższe pod uwagę podczas zalecania takiej formy wsparcia ucznia).*

**Stan zdrowia – rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego** wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

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

**Aktualne ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia** wynikające z wymienionej powyżej choroby lub innego problemu zdrowotnego:

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

**Aktualne ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia** wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego:

- uniemożliwiają** uczęszczanie do szkoły
- znacznie utrudniają** uczęszczanie do szkoły

*(proszę zakreślić właściwą odpowiedź)*

**Przewidywany okres, w którym stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły** (nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż rok szkolny):

.....

.....  
*(miejsowość, data)*

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