

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia ucznia/dziecka dla potrzeb Zespołu Orzekającego
przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Suwałkach

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

Imię i nazwisko ur.

Miejsce urodzenia dziecka

Nr PESEL (dziecka)

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

Miejsce zamieszkania

Pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej (jakiej?)

..... od

CZĘŚĆ A. (wypełnia się dla uczniów w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w jakiejkolwiek formie, tj. dotyczące kształcenia specjalnego / indywidualnego nauczania / indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego / zajęć rewalidacyjno-wychowawczych albo wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka)

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka (§ 6.1 rozporządzenie)

Choroba główna (nr ICD) oraz choroby współwystępujące

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania

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

CZĘŚĆ B. (wypełnia się dla uczniów ubiegających się o indywidualne nauczanie lub indywidualne obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne)

1. Stwierdzenie czy uczeń wymaga indywidualnego nauczania / indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego (proszę zakreślić kółkiem właściwą odpowiedź)

TAK

NIE

2. Uzasadnienie (w przypadku stwierdzenia, że uczeń wymaga indywidualnego nauczania wskazanie faktów oraz przyczyn, z powodu, których uczeń nie może uczęszczać lub ma znacznie ograniczoną zdolność uczęszczania do szkoły / placówki np. unieruchomienie, konieczność izolacji, zagrożenie dla otoczenia, inne - jakie?)

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

W przypadku ucznia szkoły prowadzącej szkolenie w zawodzie określenie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu wydane przez lekarza medycyny pracy

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

3. Określenie czy aktualny stan zdrowia **uniemożliwia** czy **znacznie utrudnia** uczęszczenie do szkoły (proszę podkreślić właściwe)

Jeśli stan zdrowia ucznia znacznie utrudnia uczęszczenie do szkoły, proszę określić czy może brać udział w zajęciach edukacyjnych organizowanych w klasie i w jakim zakresie

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

4. Określenie czasu, (nie krótszy niż 30 dni), w którym stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczenie do szkoły (§ 6.1 rozporządzenia)

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)