

/pieczęć placówki medycznej/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego

Rozporządzenie 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. 2017 r. poz. 1743)

Imię i nazwisko ur. w

Adres zamieszkania:

CZĘŚĆ A.

(Wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego albo zajęć rewalidacyjno-wychowawczych albo wczesnego wspomagania rozwoju).

I. Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka/ucznia (§ 6 ust. 4 rozporządzenia)

.....
/miejscowość, data/

.....
/pieczętka i podpis lekarza/

CZĘŚĆ B.

(Wypełnia się tylko dla uczniów ubiegających się o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego albo orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania)

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

Symbol ICD 10 (ICD 11)

2. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z tej **choroby** lub innego **problemu zdrowotnego**:

3. **Uczeń wymaga indywidualnego nauczania:** *(zaznaczyć znakiem X)*

TAK NIE

4. **Ograniczenia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego** *(zaznaczyć znakiem X)*

uniemożliwiają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły
 znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

5. **Określenie czasu, w którym stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły - okres nie krótszy niż 30 dni** (§ 6 ust. 5 pkt 1 rozporządzenia)

.....
/miejsowość, data/

.....
/pieczętka i podpis lekarza/

CZĘŚĆ C *(Wypełnia tylko lekarz medycyny pracy w przypadku ubiegania się o nauczanie indywidualne ucznia szkoły prowadzącej kształcenia w zawodzie)*

1. **Określenie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu** (§ 6 ust. 6 rozporządzenia).

.....
/miejsowość, data/

.....
/pieczętka i podpis lekarza/