

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w PC Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej.
Podstawa prawna: Rozporządzenie 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 2017, poz. 1743)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:.....

Data i miejsce urodzenia: Pesel:

Miejsce zamieszkania:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia (§ 6 ust. 4 i 5 rozporządzenia)

Diagnoza (choroba główna oraz choroby współwystępujące):

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

2. Określenie, czy stan zdrowia dziecka/ ucznia (właściwe podkreślić): **UNIEMOŻLIWIA** uczęszczanie do przedszkola/szkoły/placówki **ZNACZNIE UTRUDNIA** uczęszczanie do przedszkola/szkoły/placówki

3. Określenie czasu, w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola, szkoły, placówki (nie krótszy niż 30 dni i nie dłużej niż jeden rok szkolny):

.....
.....

4. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z ICD oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola, szkoły lub placówki (§ 6, ust. 5):

Wykryta niepełnosprawność :

.....

ICD

5. Wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola/ szkoły/ placówki:

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

6. Inne istotne dla organizacji rocznego przygotowania przedszkolnego/ indywidualnego nauczania ucznia informacje:

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

7. *WYPEŁNIA TYLKO LEKARZ MEDYCZYNY PRACY W PRZYPADKU UBIEGANIA SIĘ O NAUCZANIE INDYWIDUALNE UCZNIA SZKOŁY PROWADZĄCEJ KSZTAŁCENIE W ZAWODZIE.*

Określenie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu (§ 6, ust. 6 rozporządzenia) :

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)