INDYWIDUALNE NAUCZANIE

…......................................

/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. Nr 1743 z dnia 14 września 2017r.)

Imię nazwisko.......................................................................ur............................

Miejsce zamieszkania..........................................................................................

1.Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym ( wg ICD ),

….................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

….................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

3. Stan zdrowia dziecka /ucznia **uniemożliwia / znacznie utrudnia uczęszczanie** do szkoły\*

4. Okres, w którym stan zdrowia dziecka / ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły (nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż rok szkolny).

….................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................…..........................................................................................................................................

**Uwaga, w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowego niezbędne jest dołączenie dodatkowego zaświadczenia określającego możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu.**

…………………………..…......................................... …..............................................

/miejscowość, data/ /pieczątka i podpis lekarza/

\* właściwe podkreślić