

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 uczęszczenie** do szkoły*

4. Okres, w którym stan zdrowia dziecka / ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczenie 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.

.....
/miejsowość, data/ /pieczętka i podpis lekarza/

* właściwe podkreślić