

.....
pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE ¹

do wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania;
indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego

o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

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

PESEL

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

Adres zamieszkania dziecka/ucznia.....

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

ICD

--

.....
.....
Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

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

Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, wynikające z choroby, innego problemu zdrowotnego lub procesu terapeutycznego, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają mu uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania

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

¹ wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

Stwierdzenie uogólniające czy stan zdrowia ucznia ²

- **uniemożliwia;**
- **znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły.**

W przypadku dziecka/ucznia, którego stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły prosimy o określenie możliwych działań integrujących dziecko/ucznia ze środowiskiem przedszkolnym/szkolnym i zajęć edukacyjnych ułatwiających powrót ucznia do przedszkola/szkoły

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

Okres w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (nie krótszy jednak niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny)

.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza

Część dotycząca ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe

(wydaje lekarz medycyny pracy)

.....

pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

w sprawie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie

Na podstawie rozporządzenia Ministerstwa 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 ucznia

PESEL

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

Adres zamieszkania dziecka/ucznia.....

- Brak przeciwwskazań zdrowotnych do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu.
- Istnieją przeciwwskazania zdrowotne do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu.
(wybrane podkreślić)

Określenie warunków realizacji praktycznej nauki zawodu

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

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza

² właściwe podkreślić