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

*(pieczęć placówki medycznej)* *(miejscowość, data)*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

o stanie zdrowia dziecka / ucznia

**wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego   
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rawiczu**

* **o potrzebie indywidualnego nauczania\***
* **o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego\***

(*działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych Dz. U. z 2017r., poz. 1743)*

**Imię i nazwisko dziecka / ucznia ………..……………………………………………….**

**Data i miejsce urodzenia …………………………………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PESEL**

**Miejsce zamieszkania …………………………………………………………………….**

**Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka / ucznia (§ 6 ust. 5 Rozporządzenia)**

* Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oznaczenie ICD-10:** |  |  |  |  |

* Opis problemów zdrowotnych ograniczających funkcjonowanie dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola / szkoły powodująca, że stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

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

* Stan zdrowia dziecka / ucznia **uniemożliwia/znacznie utrudnia[[1]](#footnote-1)\*** uczęszczanie do przedszkola / szkoły
* Przewidywany okres ………………………………, w którym stan zdrowia dziecka / ucznia (od-do - nie krótszy niż 30 dni)

uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola / szkoły.

**Zaświadczenie lekarza medycyny pracy (dotyczy ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe)**

**Lekarz medycyny pracy** określa **możliwość** dalszego kształcenia w zawodzie w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu *(§ 6 ust. 6 Rozporządzenia),* jeśli uczeń ubiegający się o indywidualne nauczanie uczęszcza do szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………

***\* właściwe podkreślić***  *(pieczątka i podpis lekarza)*

1. \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)