

.....
pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego publicznej poradni psychologiczno – pedagogicznej¹⁾, przeprowadzającego postępowanie orzekające w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania

Imię i nazwisko dziecka

data urodzenia..... NR PESEL

Rozpoznanie:

rozpoznanie choroby (wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD), lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły:

Stan zdrowia dziecka uniemożliwia / znacznie utrudnia²⁾ uczęszczanie do przedszkola lub szkoły w okresie (proszę podać okres, nie krótszy niż 30 dni):

.....

1)działającego na podstawie:

- Rozporządzenia MEN z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. poz. 199 z późn. zm.),

- Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz.U. z 2017r., poz.1743)

- Rozporządzenia MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz.U. z 2017r., poz. 1616)

2)proszę podkreślić właściwe

Informacja o ograniczeniach w funkcjonowaniu dziecka wynikających z przebiegu choroby lub procesu terapeutycznego:

Opis przebiegu choroby oraz dalsze rokowania:

Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym opis warunków realizacji praktycznej nauki zawodu³⁾

.....
(*miejsowość, data*)

.....
(*pieczętka i podpis lekarza*)

3) wypełnia lekarz medycyny pracy w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe