

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

### o stanie zdrowia ucznia/dziecka dla potrzeb zespołu orzekającego

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 .....ur. ....

Miejsce zamieszkania .....

**Stan zdrowia ucznia/dziecka:** proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem "X", w okienku

- ZNACZNIE UTRUDNIA**      uczęszczanie do szkoły/przedszkola
- UNIEMOŻLIWIA**          uczęszczanie do szkoły/przedszkola

Okres, w którym stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły – nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny; (§ 6 ust. 5 pkt. 1; § 15 ust. 3 w/w rozporządzenia)

.....

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

.....

.....

.....

.....

Ograniczenia w funkcjonowaniu ucznia wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły; (§ 6 ust. 5 pkt 2 w/w rozporządzenia)

.....

.....

.....

W przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe, do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania wnioskodawca dołącza zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy, określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu. (§ 6 ust. 6 w/w rozporządzenia)

.....

.....

.....

.....

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)