

pieczęć placówki medycznej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

*działającego w poradni psychologiczno-pedagogicznej na podstawie Rozporządzenie 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. 2017 poz. 1743 z późn. zm)*

Imię i nazwisko dziecka/ucznia: .....

Numer PESEL..... Data i miejsce urodzenia.....

Miejsce zamieszkania: .....

### CZĘŚĆ A

#### Informacja o stanie zdrowia

*(wypełnia się dla dzieci / uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie **kształcenia specjalnego, indywidualnego nauczania, indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych** lub **wczesnego wspomagania rozwoju**)*

- Diagnoza – rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego z podaniem oznaczenia **wg klasyfikacji ICD-10**; opis choroby, rokowanie

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

- Jakie ograniczenia i/lub bariery w funkcjonowaniu dziecka / ucznia powoduje choroba

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

.....  
miejscowość, data

.....  
pieczęć i podpis lekarza

## CZĘŚĆ B

wypełnia się tylko w przypadku ubiegania się o indywidualne nauczanie  
albo indywidualne roczne przygotowanie przedszkolne

- Określenie, czy stan zdrowia dziecka / ucznia:
  - **UNIEMOŻLIWIA** uczęszczanie do przedszkola / szkoły
  - **ZNACZNIE UTRUDNIA** uczęszczanie do przedszkola / szkoły
- Uzasadnienie: wskazanie faktów (objawów, skutków choroby) powodujących, że dziecko / uczeń nie może uczęszczać lub ma znacznie utrudnioną zdolność uczęszczania do przedszkola / szkoły

.....

.....

.....

- Przewidywany okres (*proszę podać daty*), w którym stan zdrowia dziecka / ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (nie krótszy niż 30 dni)

.....

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęć i podpis lekarza

## CZĘŚĆ C

wypełnia tylko lekarz medycyny pracy w przypadku ubiegania się o nauczanie indywidualne ucznia  
szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie

- Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu

.....

.....

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęć placówki medycznej

.....  
pieczęć i podpis lekarza