

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

#### **o stanie zdrowia dziecka lub ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2017 poz. 1743).

**Imię i nazwisko ucznia** .....**ur.** ....

**Miejsce zamieszkania** .....

**CZĘŚĆ A.** (wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w jakiegokolwiek formie, tj. dotyczące kształcenia specjalnego, indywidualnego nauczania, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych albo wczesnego wspomagania rozwoju).

#### **Zaświadczenie o stanie zdrowia**

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

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

**Ograniczenia w funkcjonowaniu** dziecka lub ucznia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego:

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

**CZĘŚĆ B.** (wypełnia się dla uczniów ubiegających się o indywidualne nauczanie)

Ze względu na stan zdrowia dziecko lub uczeń wymaga indywidualnego nauczania (właściwe podkreślić)

**TAK**

**NIE**

Stan zdrowia dziecka (właściwe podkreślić):

**uniemożliwia**

**znacznie utrudnia**

uczęszczane do szkoły.

**Przewidywany okres**, w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny).

.....

**CZĘŚĆ C.** (wypełnia **lekarz medycyny pracy** dla ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe)  
Lekarz medycyny pracy określa możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu:

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)