

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Jaworze ul. Piłsudskiego 11.**

*Podstawa prawna: 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*

**Imię i nazwisko dziecka** ..... ur. ....

**PESEL** .....

**Miejsce zamieszkania** .....

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

### **1. Zaświadczenie o stanie zdrowia**

a) Rozpoznanie (diagnoza - choroba główna oraz choroby współwystępujące, szczegółowy opis przebiegu choroby, przebieg dotychczasowego leczenia, podjęta lub zalecana terapia)

b) Data rozpoczęcia leczenia:

c) Ocena wyniku leczenia i rokowania:

**CZĘŚĆ B.** ( Wypełnia się tylko dla dzieci/uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie wydania orzeczenia o potrzebie o indywidualnego przygotowania przedszkolnego lub nauczanie indywidualne).

**1. Stwierdzenie czy uczeń wymaga indywidualnego nauczania : \*(właściwe podkreślić)**

**TAK**

**NIE**

**2. Stwierdzenie uogólniające czy stan zdrowia dziecka \* (właściwe podkreślić)**

a) uniemożliwia uczęszczanie do przedszkola/szkoły

b) znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły

3. **Uzasadnienie** (w przypadku stwierdzenia, że dziecko wymaga indywidualnego przygotowania przedszkolnego albo indywidualnego nauczania), tj. **wskazanie faktów oraz przyczyn, z powodu których dziecko nie może uczęszczać lub ma znacznie ograniczoną zdolność uczęszczania do przedszkola/szkoły**

4. **Określenie czasu, (nie krótszego jednak niż 30 dni, nie dłuższy niż 1 rok)**

od..... do.....

.....

Miejscowość, data

.....

pieczętka i podpis lekarza

**CZĘŚĆ C.** ( Wypełnia tylko **lekarz medycyny pracy** w przypadku ubiegania się o nauczanie indywidualne ucznia szkoły prowadzącej kształcenia w zawodzie)

**1. Określenie możliwości i warunków dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu**

.....

Miejscowość, data

.....

pieczętka i podpis lekarza medycyny pracy