

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego*

działającego 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 dziecka/ucznia.....

Data urodzenia Miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania

CZĘŚĆ A (wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno – wychowawczych lub wczesnego wspomaganie rozwoju)

Informacja o stanie zdrowia dziecka, rozpoznanie i opis chorób / niepełnosprawności dziecka, jeżeli występują:

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

*) Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydaje lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego, zgodnie z § 6 ust. 4 i 5 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).

CZEŚĆ B (wypełnia się dla dzieci wymagających indywidualnego przygotowania przedszkolnego oraz dla uczniów wymagających indywidualnego nauczania)

1. Stwierdzenie, czy dziecko aktualnie wymaga indywidualnego przygotowania przedszkolnego /czy uczeń aktualnie wymaga indywidualnego nauczania – (*podkreślić właściwe):

TAK * NIE *

2. Określenie, czy stan zdrowia dziecka uniemożliwia*/znacznie utrudnia* uczęszczanie do przedszkola*/szkoły* (* odpowiednie podkreślić).

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

.....

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

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

5. Wynikające z choroby lub problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

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

.....

(miejsowość, data)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)