

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego indywidualne nauczanie
na podstawie § 6 ust. 5 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. z 2017r., poz. 1743)

imię i nazwisko ur.

miejsce zamieszkania

1. Stwierdzenie, czy dziecko/uczeń wymaga indywidualnego nauczania/indywidualnego rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego*

TAK*

NIE*

2. Przewidywany okres (nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny), w którym stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (§ 6 ust. 5 pkt 1 rozporządzenia):
.....

3. Stwierdzenie, że stan zdrowia dziecka/ucznia*:

a. uniemożliwia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły

b. znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

4. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) (§ 6 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia):
.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
/miejscowość, data/

.....
/pieczętka i podpis lekarza/

*właściwe podkreślić