

.....  
Pieczęć placówki medycznej

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

### **O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA DLA POTRZEB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO W PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W TŁUSZCZU**

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

.....ur.....w.....

Miejsce zamieszkania .....

PESEL .....

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

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

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

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

#### **Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia**

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

**Jakiego sprzętu specjalistycznego wymaga dziecko z uwagi na jego niepełnosprawność oraz jak należy dostosować warunki pracy i przestrzeń szkolną do jego potrzeb.**

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

**Ocena wyniku leczenia i rokowania**

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

**CZĘŚĆ B.** (Wypełnia się tylko dla uczniów ubiegających się o indywidualne nauczanie albo indywidualne obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne).

1. Stwierdzenie czy uczeń wymaga **indywidualnego nauczania** albo indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego

(proszę zakreślić właściwą odpowiedź):

**TAK**

**NIE**

2. **Uzasadnienie** (w przypadku stwierdzenia, że uczeń wymaga indywidualnego nauczania albo indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego tj. wskazanie faktów oraz przyczyn, wynikających z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego **z powodu, których uczeń nie może uczęszczać lub ma znacznie ograniczoną zdolność uczęszczania do szkoły, oddziału przedszkolnego albo przedszkola).**

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

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

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

.....  
miejsce i data

.....  
pieczęć i podpis lekarza