

.....
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 2023 r. poz. 2061)

Imię i nazwiskoUr.....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 wspomaganie 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.**

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

.....
miejscowość i data

.....
pieczętka i podpis lekarza