

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA

o stanie zdrowia dziecka/ ucznia/uczenicy* dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Wieluniu- wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie **indywidualnego nauczania** lub **indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego**.

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 (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data urodzenia.....**Miejsce urodzenia**.....

Miejsce zamieszkania.....

I. Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka/ucznia (prosimy o wypełnienie drukowanymi literami)

a) Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnie z ICD 10 (stanowiące wskazanie do indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego/indywidualnego nauczania)

.....
.....

ICD -

--

b) Wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły

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

c) Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

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

d) Zastosowane leczenie (rehabilitacja, terapia, farmakoterapia), czas trwania i pobytu w szpitalu

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

e) Ocena wyników leczenia i rokowania

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

f) Dziecko/ uczeń aktualnie wymaga indywidualnego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania – (właściwe podkreślić)

TAK

NIE

g) Stan zdrowia dziecka/ucznia:

UNIEMOŻLIWIA

ZNACZNIE UTRUDNIA

uczęszczanie do przedszkola/szkoły – (właściwe podkreślić)

- **w okresie** (nie krótszym niż 30 dni i nie dłuższym niż rok szkolny)

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczętka, podpis lekarza)

II. Zaświadczenie lekarza medycyny pracy określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu (wypełnia się tylko w przypadku **ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe**)

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczętka, podpis lekarza)

*Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka/ucznia wydaje lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego