

.....
(pieczęć placówki medycznej)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka/ucznia
dla potrzeb zespołu orzekającego poradni psychologiczno-pedagogicznej*
działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Nowym Dworze Maz.**

Podstawa prawna: rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, oraz art. 127 ust. 18 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Miejsce zamieszkania

Część A

Wypełnia się dla dziecka/ucznia w stosunku do którego będzie prowadzone postępowanie orzekające w jakiegokolwiek formie, tj. dotyczące kształcenia specjalnego albo indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego albo indywidualnego nauczania albo zajęć rewalidacyjno-wychowawczych albo wczesnego wspomaganie rozwoju.

Zaświadczenie o stanie zdrowia (§ 6 ust. 5 rozp.)

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

ICD-.....

-
.....
a) **Szczegółowy opis przebiegu choroby, dotychczasowego leczenia oraz aktualnego stanu zdrowia dziecka:**

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

- b) **Data rozpoczęcia leczenia:**

- c) **Ocena wyniku leczenia i rokowania:**

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Część B

Wypełnia się tylko w przypadku ubiegania się o indywidualne nauczanie lub indywidualne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne

1. Określenie, czy stan zdrowia dziecka/ucznia:

- UNIEMOŻLIWIA uczęszczanie do przedszkola / szkoły
- ZNACZNIE UTRUDNIA uczęszczanie do przedszkola / szkoły

Uzasadnienie - wskazanie faktów oraz przyczyn z powodu których uczeń nie może uczęszczać lub ma znacznie utrudnioną możliwość uczęszczania do szkoły:

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

2. Określenia czasu, w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (§ 15 ust. 3 rozporządzenia – nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż 1 rok szkolny):

.....

3. Wskazać ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ ucznia wynikające z przebiegu choroby lub procesu terapeutycznego.

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

Część C

Część dotycząca uczniów szkół zawodowych:

(Wypełnia tylko lekarz medycyny pracy w przypadku ubiegania się o nauczanie indywidualne ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie

Określenie możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu (§ 15, ust.2, pkt 6 rozporządzenia)

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza medycyny pracy)