

.....
(pieczęć placówki medycznej)

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E
o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego
(do wydania orzeczenia o potrzebie nauczania indywidualnego)

(wydaje lekarz specjalista lub lekarz POZ na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego)

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. Nr 173 p.1072); Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. Nr 228, p.1490 z póź.zm.), Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz.U. z 2014r., p.1157) w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Olkuszu

Dane dziecka/ucznia:

Imię/imiona i nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia PESEL

Adres zamieszkania Kod pocztowy

Przedszkole/szkoła Klasa

I. Zaświadczenie o stanie zdrowia:

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD:

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

II. Wypełnia się tylko dla dzieci/uczniów ubiegających się o orzeczenie o potrzebie nauczania indywidualnego

1. Ograniczenia w funkcjonowaniu ucznia wynikające z choroby i powodujące, że stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia* uczęszczanie do szkoły:

*) właściwe podkreślić

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

**2. Określenie czasu, w którym stan zdrowia uniemożliwia uczęszczanie do szkoły/znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły,
nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny.**

.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza

3.* Informacja wydana przez lekarza medycyny pracy określająca możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu.

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

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza

3*) dotyczy ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe, jeżeli zespół, po zapoznaniu się z dokumentacją, stwierdzi, że zaświadczenie to jest niezbędne do wydania orzeczenia.

Uwagi:

- 1. Nauczanie indywidualne realizowane jest na terenie domu.**
- 2. Zaświadczenie powinno być wypełnione we wszystkich punktach, inaczej będzie zwrócone wnioskodawcy do uzupełnienia.**
- 3. Zaświadczenie wypełnia lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.**