

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Świnoujściu

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej
z dnia 7 września 2017 r. (Dz. U. 2017.1743) w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające
działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych,

do wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania wnioskodawca dołącza
zaświadczenie o stanie zdrowia ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza
podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia
specjalistycznego.

Zaświadczam, że:

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

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

(data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

.....
(miejsce urodzenia)

Adres zamieszkania

(ulica, numer domu, numer mieszkania)

		-			
--	--	---	--	--	--

(kod pocztowy)

.....
(miejscowość)

Z uwagi na aktualny stan zdrowia (właściwie zaznaczyć)

- uniemożliwiający
 znacznie utrudniający

uczęszczanie do szkoły, przedszkola, powinien korzystać z nauczania indywidualnego w
okresie od do
(nie krótszy niż 30 dni)

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

ICF	
ICD	

2. Ograniczenia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego w
funkcjonowaniu ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do
szkoły:

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

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

.....
Miejscowość, data

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

3. **Zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu**, w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie branżowe.

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

.....
Miejscowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy

*niepotrzebne skreślić