

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. Nr 173 poz. 1072) oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20.06.2002r. w sprawie zasad techniki prawodawczej (Dz. U. Nr 100 poz. 908).

Imię i nazwisko: ur.

Miejsce zam.

CZĘŚĆ I

Wypełnia się dla uczniów w stosunku do których prowadzone będzie postępowanie orzekające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych w tym publicznych specjalistycznej poradniach psychologiczno-pedagogicznych:*

- *wczesnego wspomagania rozwoju*
- *kształcenia specjalnego*
- *zajęć rewalidacyjno – wychowawczych (dla dzieci i młodzieży głęboko upośledzonych umysłowo)*

Zaświadczenie o stanie zdrowia zgodnie z § 6. 1. 2 i 3 w/w rozporządzenia MEN

1. Choroba główna i choroby współistniejące:

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

2. Krótki opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

3. Zalecenia lekarskie i ewentualne rokowania:

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

* podkreśl właściwe

.....
/miejscowość, data/

.....
/pieczęć i podpis lekarza/

CZEŚĆ II

Wypełnia się dla uczniów w stosunku do których prowadzone będzie postępowanie orzekające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych specjalistycznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych*:

- indywidualne obowiązkowego roczne przygotowanie przedszkolne
- indywidualne nauczanie

Zaświadczenie o stanie zdrowia zgodnie z § 6.1. 4 w/w rozporządzenia MEN

1. Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny powodującej , że stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

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

- a) Stwierdzam, że stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły i wymaga indywidualnego nauczania w domu (miejscu pobytu dziecka)
proszę zakreślić kółkiem właściwą odpowiedź

TAK

NIE

- b) Stwierdzam, że stan zdrowia dziecka/ucznia znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły, ale może ono brać udział w niektórych zajęciach w przedszkolu z grupą wychowawczą lub w zajęciach organizowanych z klasą w szkole –
proszę zakreślić kółkiem właściwą odpowiedź

TAK

NIE

- w przypadku odpowiedzi pozytywnej proszę określić zakres (liczbę godzin, przedmiot), w jakim dziecko/uczeń może brać udział w tych zajęciach

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

- c) Stwierdzam, że stan zdrowia dziecka/ucznia znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły, ale może ono brać udział w zajęciach prowadzonych indywidualnie, w odrębnym pomieszczeniu w przedszkolu lub szkole –
proszę zakreślić kółkiem właściwą odpowiedź

TAK

NIE

- w przypadku odpowiedzi pozytywnej proszę określić zakres (liczbę godzin, przedmiot), w jakim dziecko/uczeń może brać udział w tych zajęciach

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

2. Określenie czasu, w którym stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły zgodnie z § 6. 4. 1 w/w rozporządzenia nie krótszy jednak niż 30 dni.

**podkreśl właściwe*

.....
/miejscowość, data/

.....
/pieczętka i podpis lekarza/