**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego na podstawie:**

Rozporządzenie 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 2017 r. poz. 1743).

Rozporządzenie 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 2017r. poz.1616)

Imię i nazwisko dziecka …………………………………………………………

Data urodzenia ………………………………………………………………….

Miejsce zamieszkania……………………………………………………………

**Cześć A**. **Dotyczy dzieci, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno - wychowawczych, opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju. (§ 2 ust.1 i § 6 ust. 3 rozporządzenia).**

1. Informacja o stanie zdrowia (rozpoznanie choroby, rodzaju niepełnosprawności) **SYMBOL ICD 10:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Informacje na temat przebiegu i objawów choroby oraz dotychczasowego leczenia ważne z punktu widzenia funkcjonowania dziecka w szkole uzasadniające potrzebę kształcenia specjalnego:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

Przyjmowanie leków mających wpływ na proces uczenia się: ……………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………….

1. Ocena wyniku leczenia i rokowania:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Cześć B. Dotyczy dzieci ubiegających się o indywidualne przygotowanie przedszkolne lub indywidualne nauczanie (§ 6 ust.4 rozporządzenia).**

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

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

1. Okres (nie krótszy niż 30 dni), w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Zajęcia indywidualnego przygotowania przedszkolnego dziecka lub zajęcia indywidualnego nauczania ucznia, któremu stan zdrowia **znacznie utrudnia/**

**uniemożliwia\*** uczęszczanie do przedszkola lub szkoły będą organizowane w domu rodzinnym dziecka.

1. Ocena możliwości dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu ***(w przypadku ucznia szkoły zawodowej/branżowej – wypełnia lekarz medycyny pracy)***

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………..

………………………….. ………………………………

(miejscowość, data) (pieczęć i podpis lekarza)

\* właściwe podkreślić