

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:**

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

2. 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:

.....
.....

3. 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.

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

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

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

3. 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.

4. 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