

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZA ŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego na podstawie rozporządzenia 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 2017r. poz. 1743).

Nazwisko i imię data ur.....

Miejsce zamieszkania

Szkoła/Przedszkole klasa

CZĘŚĆ A: (Wypełnia się dla dzieci/uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w jakiegokolwiek formie tj. dotyczące kształcenia specjalnego lub indywidualnego nauczania lub indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub zajęć rewalidacyjno – wychowawczych lub wczesnego wspomagania rozwoju).

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

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

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

4. Określenie i uzasadnienie, w zależności od potrzeb dziecka/ucznia niepełnosprawnego, niezbędnego w technologiach informacyjno - komunikacyjnych, wypełnia się w przypadku dzieci/uczniów, w stosunku do których prowadzone będzie postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego lub zajęć rewalidacyjno - wychowawczych

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

CZĘŚĆ B: (Wypełnia się tylko w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania).

1. Stwierdzenie czy dziecko/uczeń wymaga indywidualnego nauczania (proszę zakreślić właściwą odpowiedź).

TAK

NIE

2. **Uzasadnienie** (w przypadku stwierdzenia, że dziecko/uczeń wymaga indywidualnego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania) tj. wskazanie faktów oraz przyczyn, z powodu których dziecko/uczeń nie może uczęszczać lub ma znacznie ograniczoną zdolność uczęszczania do przedszkola/szkoły):

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

3. Określenie czasu w którym stan zdrowia **uniemożliwia** lub **znacznie utrudnia** (właściwie zakreślić) uczęszczanie do przedszkola/szkoły, nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny.

.....

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

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

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczętka i podpis lekarza)