**………………………………………………………  
(pieczęć placówki medycznej)**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego   
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Głownie**

*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 2017 r. poz. 1743.)*

**Dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie nauczania indywidualnego**

**Imię (imiona) i Nazwisko dziecka/ucznia**…….……………………………………………………………………………………….

**Data ur.** ………………..............…**Miejsce ur.** .…………………………………..**PESEL**…………………………………………….

**Miejsce zamieszkania (pobytu)**……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

………..………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……..

1. **Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia/ dalsze rokowania:**

………………………………………………………………………………………………………….................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

1. **Stwierdzenie czy uczeń wymaga indywidualnego nauczania \***

TAK NIE

1. **Stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia/znacznie utrudnia** (właściwe podkreślić) **uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.**
2. **Uzasadnienie tj. wskazanie ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które  uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły i wynikają ze wskazanej choroby lub innego problemu zdrowotnego:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Określenie czasu, w którym stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły (okres nie krótszy niż 30 dni)**

od dnia ……………………………….………………………… do dnia ……………………....…………..................................

1. **W przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie konieczne jest zaświadczenie określające możliwość dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu, wydane przez lekarza medycyny pracy**

**…………………………………………. …………………………………………………..**

**/miejscowość, data/ /pieczątka i podpis lekarza/**

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA