

Załącznik nr 5 do P03-Orz: „Zaświadczenie lekarskie – indywidualne nauczanie”

Załącznik C/2018  
do Regulaminu działalności ZO  
z dnia 01.03.2018 r.

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA  
dla potrzeb Zespołu Orzekającego  
w Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Swarzędzu**

**Wypełnia się dla dzieci i młodzieży, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające  
w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego  
nauczania**

**Podstawa prawna:**

Podstawa prawna: § 6 ust. 5 Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2017r. poz. 1743).

**CZĘŚĆ I**

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL

Miejsce zamieszkania.....

1. Dziecko / uczeń<sup>\*)</sup> wymaga indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego / indywidualnego nauczania ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający lub znacznie utrudniający uczęszczanie do przedszkola/szkoły, w okresie **nie krótszym niż 30 dni <sup>\*\*)</sup>** (§ 6, ust. 5, pkt 1),

**od dnia .....** **do dnia .....**

2. Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD lub innego problemu zdrowotnego **i wynikające z nich ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia**, powodujące, że stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły

.....

(wskazanie rozpoznania z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

.....

(wskazanie rozpoznania współwystępującego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

.....

(wskazanie rozpoznania współwystępującego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

3. Stan zdrowia dziecka / ucznia **uniemożliwia / znacznie utrudnia<sup>\*)</sup>** uczęszczanie do: szkoły /przedszkola <sup>\*)</sup>

<sup>\*)</sup> właściwie podkreślić

<sup>\*\*)</sup> należy wskazać okres nie krótszy, niż 30 dni



**Wyczerpujący opis ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, wynikających z choroby lub innego problemu zdrowotnego, które powodują, że stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (opis jest konieczną częścią zaświadczenia):**

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

## CZĘŚĆ II

Wypełnia tylko **lekarz medycyny pracy** w przypadku ubiegania się o indywidualne nauczanie ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie.

1. Lekarz medycyny pracy określa możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki praktycznej nauki zawodu.

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

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęćka i podpis lekarza)