

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia 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 2017, poz. 1743)

Imię i Nazwisko

Data urodzenia:

Miejsce zamieszkania

.....
PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Stwierdzenie czy uczeń wymaga:

- indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego,
- indywidualnego nauczania.

(proszę zakreślić krzyżykiem właściwą odpowiedź).

2. Przewidywany okres, w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia:

- uniemożliwia,
- znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły .

(proszę zakreślić krzyżykiem właściwą odpowiedź).

§ 6 ust. 5 pkt 1 – Rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 1743);

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

3. a) rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD),

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

- b) oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły § 6 ust. 5 pkt 2 – Rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 1743);.

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

.....
/Miejscowość, data/

.....
/pieczętka i podpis lekarza/