

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

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

Wypełnia się dla dzieci i młodzieży, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające o potrzebie indywidualnego przygotowania przedszkolnego lub o potrzebie indywidualnego nauczania

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.2017 r. poz. 1743)

**CZĘŚĆ 1**

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL

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

Miejsce zamieszkania.....

- 1. Dziecko / uczeń<sup>1</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 i nie dłuższym niż jeden rok szkolny.**

**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**

..... 

--	--	--	--

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

- 3. Stan zdrowia dziecka / ucznia**

- ZNACZNIE UTRUDNIA** uczęszczanie do szkoły
- UNIEMOŻLIWIA** uczęszczanie do szkoły

---

1 Właściwe podkreślić

4. 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

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

**CZĘŚĆ 2**

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.

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

miejsowość, data

pieczęć i podpis lekarza