

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Międzyrzeczu

*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 pedagogicznych*

### DOTYCZY WYDANIA ORZECZENIA O POTRZEBIE INDYWIDUALNEGO NAUCZANIA/ INDYWIDUALNEGO PRZYGOTOWANIA PRZEDSZKOLNEGO \*

.....  
Imię i nazwisko dziecka

.....  
Data i miejsce urodzenia:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PESEL

.....  
Adres zamieszkania

#### CZĘŚĆ I

1. DZIECKO/UCZEŃ WYMAGA indywidualnego nauczania/indywidualnego przygotowania przedszkolnego\*

TAK     NIE

2. Stan zdrowia dziecka/ucznia\*

ZNACZNIE UTRUDNIA UCZĘSZCZANIE DO PRZEDSZKOLA/SZKOŁY

*(dziecko/uczeń może brać udział w zajęciach na terenie przedszkola/szkoły – zajęciach rozwijających zainteresowania, w uroczystościach, imprezach oraz wybranych zajęciach wychowania przedszkolnego/zajęciach edukacyjnych)*

UNIEMOŻLIWIA UCZĘSZCZANIE DO PRZEDSZKOLA/SZKOŁY

*(zajęcia odbywają się w miejscu zamieszkania dziecka/ucznia)*

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

.....  
.....

4. Opis choroby i dotychczasowego leczenia:

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

5. Ograniczenia wynikające z rozpoznanej choroby lub innego problemu zdrowotnego, które uniemożliwiają/ znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły. Uzasadnienie przyczyn, w wyniku których dziecko/ uczeń ma być objęte nauczaniem indywidualnym.

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

6. Choroby współwystępujące

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

7. Okres, na jaki uczeń powinien zostać objęty indywidualnym nauczaniem/ przygotowaniem przedszkolnym\* (nie krótszy niż 30 dni)

.....

8. Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

**CZĘŚĆ II** (wypełnia się w przypadku dziecka/ucznia, któremu stan zdrowia **znacznie utrudnia** uczęszczanie do przedszkola/szkoły)

Zakres, w jakim dziecko/uczeń może brać udział w zajęciach organizowanych:

z oddziałem w szkole/z grupą wychowawczą w przedszkolu ( imprezy, uroczystości)

.....  
.....

w zajęciach rozwijających zainteresowania i uzdolnienia

.....  
.....

w wybranych zajęciach wychowania przedszkolnego/zajęciach edukacyjnych

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

**UWAGA!**

**Zaświadczenie powinno być wypełnione we wszystkich punktach, w przeciwnym razie zostanie zwrócone wnioskodawcy do uzupełnienia.**

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczętka i podpis lekarza