

.....
(Pieczęć zakładu/placówki)

.....
(Miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dla ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe ubiegającego się
o orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania z uwagi na stan
zdrowia znacznie utrudniający/uniemożliwiający uczęszczanie do szkoły
dla potrzeb zespołu orzekającego**

działającego na podstawie §6 ust. 6 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).

dla.....Ur.....W.....

(imię i nazwisko ucznia)

(data i miejsce urodzenia)

zamieszkałej/ego.....

.....
(adres zamieszkania ucznia)

ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający/ znacznie utrudniający* uczęszczanie do
szkoły na okres**

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

.....
Wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu
ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do szkoły.

.....
Zalecane działania sprzyjające integracji ucznia ze środowiskiem szkolnym oraz ułatwiające
powrót ucznia do szkoły.

.....
*Pieczęć i podpis lekarza specjalisty
lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*

.....
* niepotrzebne skreślić

** nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny

Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunków realizacji
praktycznej nauki zawodu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy