

.....
(Pieczęć zakładu/placówki)

.....
(Miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego
działającego na podstawie §6 ust. 5 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).

dotyczy wydania
orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania

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/uczenicy*, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do szkoły.

Zalecane działania sprzyjające integracji ucznia/uczenicy* 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