

.....  
(pieczęć jednostki wydającej zaświadczenie)

.....  
(data sporządzenia zaświadczenia)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

o stanie zdrowia dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Oświęcimiu działającego na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 07.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez Zespoły Orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U z 2017 r. poz. 1743)

### **do wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania, indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego**

**Imię i nazwisko** .....

**Data i miejsce ur.** .....**PESEL** .....

**Adres zamieszkania** .....

#### **Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD lub innego problemu zdrowotnego oraz wynikające z nich ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia:**

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

#### **Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:**

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

#### **Ocena wyniku leczenia i rokowania**

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

#### **Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia**

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

#### **Stwierdzenie uogólniające czy stan zdrowia dziecka lub ucznia (proszę podkreślić)**

- **uniemożliwia**
- **znacznie utrudnia**

**uczęszczanie do przedszkola lub szkoły**

W przypadku dziecka/ucznia, którego stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły prosi o określenie możliwych działań integrujących dziecko/ucznia ze środowiskiem przedszkolnym/szkolnym i zajęć edukacyjnych ułatwiających powrót dziecka/ucznia do przedszkola/szkoły.

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

Okres, w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły (nie krótszy niż 30 dni) .....

.....  
(pieczęć, podpis lekarza)

---

**Część dotycząca ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe**  
**Wydaje lekarz medycyny pracy**

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

o stanie zdrowia dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Oświęcimiu działającego na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 07.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez Zespoły Orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U z 2017 r. poz. 1743)

**Imię i nazwisko** .....

**Data i miejsce ur.** ..... **PESEL** .....

**Adres zamieszkania** .....

- Brak przeciwwskazań zdrowotnych do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu
- Istnieją przeciwwskazania zdrowotne do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu

**Określenie warunków realizacji praktycznej nauki zawodu:**

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

.....  
(pieczęć, podpis lekarza)

