

.....
(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 - § 6, ust 6)

Imię i nazwisko

Data i miejsce ur.**PESEL**

Adres zamieszkania

1. Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie:

- a) Brak przeciwwskazań zdrowotnych do dalszego kształcenia w zawodzie.
- b) Istnieją przeciwwskazania zdrowotne do dalszego kształcenia w zawodzie.

2. Określenie warunków realizacji praktycznej nauki zawodu:

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

.....
(pieczęć, podpis lekarza)